



150

First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Monday, May 9, 2005
Tuesday, May 10, 2005
Wednesday, May 11, 2005

Issue No. 15

Thirteenth, fourteenth, fifteenth, sixteenth,
seventeenth and eighteenth meetings on:

Mental health and mental illness

APPEARING:

The Honourable Elvy Robichaud,
Minister of Health and Wellness,
New Brunswick

WITNESSES:

(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le lundi 9 mai 2005
Le mardi 10 mai 2005
Le mercredi 11 mai 2005

Fascicule n° 15

Treizième, quatorzième, quinzième, seizième,
dix-septième et dix-huitième réunions concernant :

La santé mentale et la maladie mentale

COMPARAÎT :

L'honorable Elvy Robichaud,
ministre de la Santé et du Mieux-être
du Nouveau Brunswick

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella (or Stratton)
Cochrane	Pépin
Cook	Trenholme Counsell
Cordy	
Fairbairn, P.C.	

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella (ou Stratton)
Cochrane	Pépin
Cook	Trenholme Counsell
Cordy	
Fairbairn, C.P.	

* Membres d'office

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from: Public Works and Government Services Canada
Publishing and Depository Services, Ottawa, Ontario K1A 0S5

Disponible auprès des: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt, Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>

MINUTES OF PROCEEDINGS

HALIFAX, Monday, May 9, 2005
(21)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Compass room of the Casino Nova Scotia Hotel in Halifax, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby and Pénin (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

As individuals:

George MacDonald;
Susan Kilbridge Roper;
Roy Muisse;
Sheila Hayes Wallace
Jan House;
Joyce Taylor;
Sheila Morrison.

Susan Kilbridge Roper, Roy Muisse, Sheila Hayes Wallace and George MacDonald each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:40 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:50 a.m. the committee resumed its sitting.

Jan House, Joyce Taylor and Sheila Morrison each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 12:20 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

HALIFAX, le lundi 9 mai 2005
(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Compass de l'hôtel Casino Nova Scotia, Halifax, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, Pénin (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

À titre personnel :

George MacDonald;
Susan Kilbridge Roper;
Roy Muisse;
Sheila Hayes Wallace
Jan House;
Joyce Taylor;
Sheila Morrison.

Susan Kilbridge Roper, Roy Muisse, Sheila Hayes Wallace et George MacDonald font une déclaration et répondent aux questions.

À 10 h 40, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 50, le comité reprend ses travaux.

Jan House, Joyce Taylor et Sheila Morrison font une déclaration et répondent aux questions.

À 12 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

HALIFAX, Monday, May 9, 2005
(22)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:20 p.m., this day, in the Compass room of the Casino Nova Scotia Hotel in Halifax, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby et, Pépin (5).

Other senator present: The Honourable Senator Cowan (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division, Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Connections Clubhouse:

Nancy Beck, Director.

Survivors of Suicide Support Group (SOS):

George Tomie, Facilitator of the SOS Support Group and family member of a mental health consumer.

Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division:

Carole Tooton, Executive Director.

Capital District Health Authority:

Stephen Ayr, Director of Research.

The Empowerment Connection:

Jean-Pierre Galipeault, Owner.

Mental Health Services, South Shore DHA:

Doug Crossman, Manager.

Dalhousie University:

Dr. Aidan Stokes, Acting Head, Department of Psychiatry.

Department of Health of Nova Scotia, Mental Health Services Branch:

Linda Smith, Acting Executive Director, Children's Mental Health Services and Addictions Treatment;

John Campbell, Director of Adult Mental Health Services.

HALIFAX, le lundi 9 mai 2005
(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 20, dans la salle Compass de l'hôtel Casino Nova Scotia, à Halifax, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby et Pépin (5).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Cowan (1).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

Connections Clubhouse :

Nancy Beck, directrice.

Survivors of Suicide Support Group (SOS) :

George Tomie, animateur du groupe de soutien SOS et membre de la famille d'un bénéficiaire de soins de santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse :

Carole Tooton, directrice exécutive.

Capital District Health Authority :

Stephen Ayr, directeur de la recherche.

The Empowerment Connection :

Jean-Pierre Galipeault, propriétaire.

Services de santé mentale, South Shore DHA :

Doug Crossman, gestionnaire.

Université Dalhousie :

Le docteur Aidan Stokes, chef par intérim, Département de psychiatrie.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Direction générale des services de santé mentale :

Linda Smith, directrice exécutive intérimaire, Services de santé mentale des enfants et traitement de la toxicomanie;

John Campbell, directeur, Services de santé mentale pour adultes.

Nancy Beck, George Tomie and Carole Tooton each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Doug Crossman, Jean-Pierre Galipeault, Stephen Ayr and Aidan Stokes each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 4:10 p.m., the committee suspended its sitting.

At 4:20 p.m., the committee resumed its sitting.

Linda Smith and John Campbell each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 4:42 p.m., the Honourable Senator Cook took the Chair.

At 5:10 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

HALIFAX, Tuesday, May 10, 2005

(23)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:02 a.m., this day, in the Compass room of the Casino Nova Scotia Hotel in Halifax, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby and Pépin (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Dalhousie University:

Archibald Kaiser, Professor, Faculty of Law, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

Halifax Regional Police:

Christopher McNeil, Deputy Chief.

Commission for Public Complaints against the RCMP:

Shirley Heafey, Chair.

Office of the Ombudsman of Nova Scotia:

Dwight Bishop, Ombudsman;

Nancy Beck, George Tomie et Carole Tooton font une déclaration et répondent aux questions.

Doug Crossman, Jean-Pierre Galipeault, Stephen Ayr et Aidan Stokes font une déclaration et répondent aux questions.

À 16 h 10, le comité suspend ses travaux.

À 16 h 20, le comité reprend ses travaux.

Linda Smith et John Campbell font une déclaration et répondent aux questions.

À 16 h 42, l'honorable sénateur Cook assume la présidence.

À 17 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

HALIFAX, le mardi 10 mai 2005

(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans la salle Compass de l'hôtel Casino Nova Scotia, à Halifax, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby et Pépin (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

Université Dalhousie :

Archibald Kaiser, professeur, Faculté de droit, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

Police régionale d'Halifax :

Christopher McNeil, chef adjoint.

Commission des plaintes du public contre la GRC :

Shirley Heafey, présidente.

Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse :

Dwight Bishop, ombudsman;

Christine Brennan, Supervisor of Youth and Senior Services.

The Self Help Connection:

Dr. Linda Bayers, Executive Director.

IWK Health Centre:

Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate.

Archibald Kaiser, Christopher McNeil and Shirley Heafey each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 9:20 a.m. the Honourable Joan Cook took the Chair.

At 10:25 a.m. the Honourable Michael Kirby returned to the Chair.

At 10:45 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:50 the committee resumed its sitting.

Dwight Bishop, Linda Bayer and Andy Cox each made a statement. Together with Christine Brennan, the witnesses answered questions.

At 12:06 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

HALIFAX, Tuesday, May 10, 2005
(24)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:25 p.m., this day, in the Compass room of the Casino Nova Scotia Hotel in Halifax, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, LeBreton and Pépín (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Alzheimer Society, Nova Scotia:

Menna MacIssac, Director, Program and Operations.

Christine Brennan, superviseure, Services pour les jeunes et les personnes âgées.

The Self Help Connection :

La docteure Linda Bayers, directrice exécutive.

Centre de santé IWK :

Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale.

Archibald Kaiser, Christopher McNeil et Shirley Heafey font une déclaration et répondent aux questions.

À 9 h 20, l'honorable Joan Cook assume la présidence.

À 10 h 25, l'honorable Michael Kirby reprend le fauteuil.

À 10 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 50, le comité reprend ses travaux.

Dwight Bishop, Linda Bayer et Andy Cox font une déclaration et, de concert avec Christine Brennan, répondent aux questions.

À 12 h 6, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

HALIFAX, le mardi 10 mai 2005
(24)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 25, dans la salle Compass de l'hôtel Casino Nova Scotia, à Halifax, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, LeBreton et Pépín (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

Société Alzheimer, Nouvelle-Écosse :

Menna MacIssac, directrice, Programme et opérations.

Dalhousie University:

Dr. Patrick McGrath, Canada Research Chair in Pediatric Pain.

IWK Health Centre:

Susan Mercer, Acting Vice-President, Child and Adolescent Mental Health Program;

Dr. Herb Orlik, Clinical Director, Chief of Psychiatry;

Dr. Wade Junek, Consulting Psychiatrist, Day Treatment Services.

Menna MacIssac made a statement and answered questions.

At 2:09 p.m. the committee suspended its sitting.

At 2:34 p.m. the committee resumed its sitting.

Patrick McGrath, Susan Mercer, Herb Orlik and Wade Junek each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 3:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

FREDERICTON, Wednesday, May 11, 2005

(25)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:05 a.m., this day, in the St-John room of the Lord BeaverBrook Hotel in Fredericton, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

APPEARING:

The Honourable Elvy Robichaud, Minister of Health and Wellness, New Brunswick.

Université Dalhousie :

Le docteur Patrick McGrath, Chaire de recherche du Canada sur la douleur chez l'enfant.

Centre de santé IWK :

Susan Mercer, vice-présidente intérimaire, Programme en santé mentale pour les enfants et les adolescents;

Le docteur Herb Orlik, directeur clinique, chef de psychiatrie;

Le docteur Wade Junek, psychiatre consultant, Services de traitement de jour.

Menna MacIssac fait une déclaration et répond aux questions.

À 14 h 9, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 34, le comité reprend ses travaux.

Patrick McGrath, Susan Mercer, Herb Orlik et Wade Junek font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

FREDERICTON, le mercredi 11 mai 2005

(25)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans la salle St-John de l'hôtel Lord BeaverBrook, à Fredericton, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, Pépin, Trenholme Counsell (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

COMPARAÎT :

L'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick.

WITNESSES:

New Brunswick Department of Health and Wellness:

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services.

Options Outreach Employment Inc.:

Karen MacFarlane, Manager/Employment Counsellor

As individuals:

Monette Boudreau;

Édouardine Boudreau.

Our Voice/Notre Voix:

Eugène Leblanc, Publisher and Editor

The Honourable Elvy Robichaud made a statement and together with Ken Ross answered questions.

At 10:01 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:10 a.m. the committee resumed its sitting.

Édouardine Boudreau, Monette Boudreau, Karen MacFarlane and Eugène Leblanc each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 11:30 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

FREDERICTON, Wednesday, May 11, 2005
(26)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:02 p.m., this day, in the St-John room of the Lord BeaverBrook Hotel in Fredericton, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

TÉMOINS :

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale.

Options Outreach Employment Inc. :

Karen MacFarlane, gestionnaire/conseillère en emploi.

À titre personnel :

Monette Boudreau;

Édouardine Boudreau.

Our Voice/Notre Voix :

Eugène Leblanc, éditeur et rédacteur en chef.

L'honorable Elvy Robichaud fait une déclaration et, de concert avec Ken Ross, répond aux questions.

À 10 h 1, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 10, le comité reprend ses travaux.

Édouardine Boudreau, Monette Boudreau, Karen MacFarlane et Eugène Leblanc font une déclaration et répondent aux questions.

À 11 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

FREDERICTON, le mercredi 11 mai 2005
(26)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 2, dans la salle St-John de l'hôtel Lord BeaverBrook, à Fredericton, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

WITNESSES:*Shepody Healing Centre:*

Bernard Galarneau, Psychologist, Political Director.

New Brunswick Department of Health and Wellness:

France Daigle, Provincial Coordinator, Suicide Prevention Program.

Psychiatric Patient Advocate Services:

Brenda McPherson, Provincial Coordinator.

Canadian Mental Health Association, New Brunswick Division:

Armand Savoie, President.

National Network for Mental Health:

Constance McKnight, National Executive Director.

Victoria Order of Nurses (VON):

Judith Shamian, President and CEO.

Walk-ons:

Charles Leblanc

Chief Susan Levy-Peters.

France Daigle, Bernard Galarneau and Brenda McPherson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:40 p.m. the committee suspended its sitting.

At 2:45 p.m. the committee resumed its sitting.

Constance McKnight, Armand Savoie and Judith Shamian each made a statement and together the witnesses answered questions.

At 3:50 p.m. Charles Leblanc appeared as a walk-on and made a statement. Chief Levy Peters from Elsipogtog appeared as a walk-on and made a statement.

At 4:00 p.m., the Honourable Senator Joan Cook took the Chair.

At 4:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:**TÉMOINS :***Centre de rétablissement Shepody :*

Bernard Galarneau, psychologue, directeur politique.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

France Daigle, coordonnatrice provinciale, Programme de prévention du suicide.

Services de défense des droits des malades mentaux :

Brenda McPherson, coordonnatrice provinciale.

Association canadienne pour la santé mentale, Division du Nouveau-Brunswick :

Armand Savoie, président.

Réseau national pour la santé mentale :

Constance McKnight, directrice exécutive nationale.

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada :

Judith Shamian, présidente-directrice générale.

Tribune ouverte :

Charles Leblanc

Chef Susan Levy-Peters.

France Daigle, Bernard Galarneau et Brenda McPherson font une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 40, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 45, le comité reprend ses travaux.

Constance McKnight, Armand Savoie et Judith Shamian font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 50, Charles Leblanc et le chef Levy Peters, d'Elsipogtog, témoins de dernière minute, font une déclaration.

À 16 heures, l'honorable sénateur Joan Cook assume la présidence.

À 16 h 5, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

HALIFAX, Monday, May 9, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

Mr. Chairman: Good morning. Let me first thank witnesses for coming out on a typical Halifax morning. I can say that, having lived here for so long, I am really delighted that you are here and I was delighted to have a chance to chat with a few of you before we started. We are interested in hearing from you this morning as individuals who have been involved with the mental health system at very much a personal level.

What we are trying to do as we go across the country is to get some understanding of how the system needs to change in order to better serve individuals and their families. There is obviously a lot that needs to be done, beginning at the root, changing public attitudes, attacking the stigma problem head-on. I should tell you, by the way, that a couple of countries, Australia in particular, have done an extraordinary job of that. Australia is in its third five-year plan, so it has been at it for about 12 years. All of the public opinion polling in Australia, which has been tracked every year, has shown a huge change in public attitude as a result of a concentrated effort.

Lest you get too discouraged about that, let me remind you to think back 20 years or so to what Canadians thought about when they saw someone in a wheelchair and how, essentially, the physically handicapped were somewhat stigmatized, although never approaching the level of the mentally handicapped. So, the reality is that it is possible to change attitudes. This we must do, but we clearly also have to improve services.

We are here this morning to hear from the four of you and hear your thoughts on what we need to do to change the system. What I would like to do is have each of you make your opening comments, beginning with Susan, and then we will ask you questions collectively rather than ask questions at the end of each presentation.

Susan, I want to thank you very much for attending here today. Please proceed.

Ms. Susan Kilbride-Roper, as an individual: I am a 46 year-old woman with a diagnosis of a serious mental illness, bipolar disorder — or, as it is sometimes still known, manic depression. The very name of this disorder intimates the duality of its nature. This illness is characterized by two distinct phases, depression and mania, or, as one textbook defines it, “a major affective disorder

TÉMOIGNAGES

HALIFAX, Le lundi 9 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour. Je voudrais remercier les témoins d'avoir accepté notre invitation en cette matinée typique pour Halifax. Ayant vécu ici pendant de longues années, je suis très heureux que vous soyez ici et d'avoir eu l'occasion de discuter avec quelques-uns d'entre vous avant le début de la séance. Nous sommes intéressés à entendre les commentaires que vous avez à faire en tant qu'individus qui ont eu des contacts très personnels avec le système de la santé mentale.

À l'occasion de nos déplacements à travers le pays, nous tentons de savoir de quelle façon il est nécessaire de modifier le système pour mieux servir les individus et leur famille. La tâche à accomplir dans ce domaine est, cela va de soi, considérable, à commencer par la base; il est en effet impératif de provoquer des changements d'attitudes dans la population et d'attaquer de front le problème des stigmates rattachés aux maladies mentales. Je signale à ce propos que deux ou trois pays, et plus particulièrement l'Australie, ont réalisé des progrès extraordinaires dans ce domaine. L'Australie met actuellement en œuvre son troisième plan quinquennal et s'active donc à améliorer la situation depuis une douzaine d'années. Les sondages d'opinion publique faits en Australie, avec un suivi annuel, indiquent un changement d'attitude considérable dans la population à la suite d'un effort concentré.

De crainte que vous ne vous laissiez trop décourager, je vous rappelle quelle était la perception des Canadiens il y a une vingtaine d'années, quand ils voyaient une personne en chaise roulante, et aussi que les personnes atteintes d'une déficience physique étaient peut-être l'objet d'un certain mépris, quoique beaucoup moins que les personnes atteintes de déficience mentale. Par conséquent, la réalité est qu'il est possible de faire changer les attitudes. C'est essentiel, mais il est en outre indispensable d'améliorer les services.

Nous sommes ici ce matin pour entendre les suggestions que vous quatre avez à faire au sujet des initiatives à prendre pour modifier le système. J'aimerais que vous fassiez tous vos commentaires préliminaires, en commençant par Susan, puis nous poserons toutes les questions que nous avons à poser, plutôt que d'en poser après chaque exposé.

Madame Kilbride-Roper, je vous remercie d'avoir accepté de témoigner aujourd'hui. Allez-y.

Mme Susan Kilbride-Roper, à titre personnel : J'ai 46 ans et j'ai un diagnostic de maladie mentale grave, à savoir le trouble affectif bipolaire, dénommé également manie-dépression. Le nom de cette maladie indique la dualité de sa nature. La maladie est caractérisée par deux phases distinctes, la dépression et la manie ou, selon la définition d'un ouvrage spécialisé, « un trouble

in which an individual alternates between states of deep depression and extreme elation.” It is, of course, much more complicated than just alternating between depression and elation. In order to personalize this illness, I will tell you a little bit of my story and then I will address some issues that are important to me.

In hindsight, developed after many years and much therapy, I now realize that I had a school life marked by depression, including one in my sixteenth year, the effects of which caused me to leave school in the eleventh grade. I repeated that year and then graduated from grade 12, after which I married and gave birth to a daughter four months later. After a painful episode of postpartum depression, I went on to work in the business world for 15 years, raising my daughter on my own for 12 of those years. Again, looking back, I realize my marriage dissolved as a result of my illness. Before my diagnosis of bipolar disorder, I worked for 10 years in the stockbrokerage business. My spare time was dedicated to volunteer work, most notably as a board and committee member for Veith House, a non-profit organization specializing in services for low-income families, as well as the United Way, the Terry Fox Run and the Canadian Red Cross.

At the age of 34, after working for 15 years, I experienced the most dramatic and damaging of the manic episodes that were to trouble me for many years to come. At this time, I was working as an assistant to three stockbrokers at a national firm, and made a comfortable living. I experienced a psychotic episode that imbued me with the belief that I must follow in the footsteps of St. Francis of Assisi and dedicate my life to helping the poor and animals. I believed this quite literally and set about becoming a successful stockbroker in my own right in order to meet the right people and make the money required for building centres for those with little or no income as well as animal shelters. I was ecstatic when I was hired as a stockbroker, feeling I had broken through the glass ceiling for women. However, this manic episode was also marked by profligate spending and a subsequent descent into debt, poor decision making, the alienation of friends and family, particularly my 15-year-old daughter, and substance abuse.

The spiral into depression that followed this episode and a worsening of the alcohol addiction that had taken root in my late 20s led me to enrol in a 28-day program run by the provincial addiction and drug dependency services. As a result of my treatment, I voluntarily left my place of employment and withdrew from all my volunteering commitments in order to concentrate on my recovery from addiction. However, my struggles with addiction continued beyond the end of the program and no investigation into the possibility of an underlying mental illness was initiated at that time.

affectif grave qui fait passer l'individu qui en est atteint d'un état de profonde dépression à un état d'exaltation extrême ». C'est naturellement beaucoup plus complexe qu'une simple alternance entre un état de dépression et un état d'exaltation. Pour donner un caractère personnel à cette maladie, je vous exposerai brièvement mon cas, puis j'aborderai quelques questions que je juge importantes.

Rétrospectivement, après de nombreuses années et de nombreuses séances de thérapie, je sais maintenant que ma vie scolaire a été parsemée de périodes de dépression, notamment une lorsque j'étais âgée de 16 ans, qui m'ont obligée à abandonner les études à la 11^e année. J'ai doublé cette année, puis j'ai obtenu mon diplôme de 12^e année, après quoi je me suis mariée et j'ai donné naissance à une fille quatre mois plus tard. Après un épisode douloureux de dépression post-partum, je suis allée travailler dans le milieu des affaires pendant 15 ans, en élevant ma fille toute seule pendant 12 de ces années. Avec le recul, je me rends compte que mon mariage a échoué à cause de ma maladie. Avant que ma maladie soit diagnostiquée, j'ai travaillé pendant 10 ans dans le milieu du courtage des valeurs mobilières. Mon temps libre était consacré à du bénévolat, notamment comme membre du conseil d'administration et d'un comité de la Veith House, un organisme à but non lucratif se spécialisant dans la fourniture de services aux familles à faible revenu. J'ai en outre fait du bénévolat pour La course Terry Fox et pour la Croix-Rouge canadienne.

À l'âge de 34 ans, après avoir travaillé pendant 15 ans, j'ai connu les épisodes maniaques les plus spectaculaires et les plus dévastateurs qui devaient perturber ma vie pendant des années. À cette époque, j'étais l'adjointe de trois courtiers en valeurs mobilières d'une société de courtage nationale et je touchais un revenu confortable. J'ai vécu un épisode psychotique qui m'a imprégnée de la conviction que je devais suivre les traces de Saint-François d'Assise et consacrer ma vie à aider les pauvres et les animaux. J'en étais littéralement convaincue et j'ai entrepris de réussir comme courtière, afin de rencontrer des personnes influentes et de gagner l'argent nécessaire pour construire des centres pour les personnes à revenu modique, ou sans revenu, et des abris pour animaux. J'étais ravie lorsque j'ai été engagée comme courtière, pensant avoir percé le plafond invisible qui barre aux femmes l'accès à cette profession. Cependant, cet épisode maniaque a été également marqué par des dépenses excessives et un endettement subséquent, de mauvaises décisions, l'éloignement des amis et de la famille, surtout de ma fille de 15 ans, et la consommation abusive de substances psychoactives.

L'épisode de dépression profonde qui suivit cette période et l'aggravation de mon alcoolisme, qui avait débuté vers la fin de la vingtaine, m'ont incitée à m'inscrire à un programme de 28 jours administré par les services provinciaux de lutte contre la pharmacodépendance et la toxicomanie. À la suite de mon traitement, j'ai quitté mon emploi de mon plein gré et j'ai renoncé à tous mes engagements de bénévolat afin de concentrer mes efforts sur ma désintoxication. Mes efforts de lutte contre la toxicomanie se sont poursuivis après la fin du programme et, à cette époque, on n'avait pas encore investigué l'éventualité d'une maladie mentale sous-jacente.

In the fall of 1995, following a hypo-manic episode, which, in turn, was following by a depression so severe that I considered suicide, I entered the formal mental health care system and was finally diagnosed with bipolar disorder. I learned during my five years of cognitive behavioural psychotherapy that my addiction was a form of self-medication and that it was common, in cases such as mine, for substance abuse and mental illness to occur simultaneously.

I commenced a regimen of psychiatric medication, which I expect to continue for the rest of my life. While this controls the extremes of my mental disorder, the physical side effects of this medication include huge weight gain, hand tremors, and, because of the effect of the medication on glucose levels in the blood, a three times greater than normal likelihood of developing type 2 diabetes, with which I was, in fact, diagnosed three years ago.

At this point, I wish to take the time to discuss some issues that I feel very strongly about and ones that require our increased attention. I should like to speak about the need for more readily available psychotherapy. Statistics prove that medication alone is not as successful as a combination of both psychotherapy and medication. Other forms of therapy are not available to those of us on fixed income or incomes that do not allow for the sometimes high cost of therapy through psychologists, social workers and alternative therapists.

More money has to be funnelled into front-line services. For those who are fortunate enough to be working for employers with employee assistance plans, there is the option of counselling for a set number of visits — usually less than 10 — or services up to a certain dollar value. However, after the allowable number of visits is used up, the employee must pay out of pocket for further services. Depending on the issues, the employee/consumer is dealing with, appropriate therapy may take many years and continue to be a drain on financial resources. Many choose not to pursue additional help and thus become susceptible to continued hardship from untreated mental illness.

For those who are unemployed, there are fewer options for therapy. A six- to eight-month wait for psychiatric services is common if one tries to enter the formal health care system before an emergency arises. From my personal experience and from those stories shared by members of my support group and other consumers, many, if not most, psychiatrists in Nova Scotia dispense medication to their patients and monitor medication levels according to their immediately evident effects but do not offer any form of psychotherapy, a service that has proven to be

À l'automne de 1995, à la suite d'un épisode hypomaniaque suivi d'une dépression si profonde que j'ai envisagé de me suicider, je me suis tournée vers le système officiel de santé mentale et un diagnostic de trouble bipolaire a été finalement posé. J'ai appris au cours des cinq années pendant lesquelles j'ai suivi des séances de psychothérapie comportementale cognitive que ma toxicomanie était une forme d'automédication et qu'il était courant, dans des cas comme le mien, que la consommation abusive de substances psychoactives et des problèmes de santé mentale soient simultanés.

Je me suis mise à un régime de médicaments psychiatriques, que je compte poursuivre pour le restant de mes jours. Alors que ce régime permet de contrôler les épisodes extrêmes de mon trouble mental, les effets secondaires de ces médicaments sur ma santé se traduisent par un gain de poids très important, des tremblements de mains et, à cause de l'influence des médicaments sur le taux de glycémie, avec trois fois plus de risque que le niveau normal de contracter le diabète de type 2, qui a été d'ailleurs diagnostiqué chez moi il y a trois ans.

Je voudrais maintenant prendre le temps de discuter de quelques questions sur lesquelles j'ai des opinions bien arrêtées et qui méritent une plus grande attention de notre part. Je voudrais parler de la nécessité de rendre la psychothérapie plus accessible. Les statistiques prouvent que les médicaments seuls ne donnent pas des résultats aussi efficaces que lorsqu'ils sont jumelés à des séances de psychothérapie. D'autres types de thérapies ne sont pas accessibles à ceux et celles d'entre nous qui ont un revenu fixe ou un revenu insuffisant pour pouvoir couvrir les coûts parfois élevés liés à des thérapies faisant appel à des psychologues, des travailleurs sociaux et à des praticiens de médecine douce.

Il est essentiel d'investir davantage de fonds dans les services de première ligne. Les personnes qui ont la chance de travailler pour des employeurs ayant des régimes d'aide aux employés ont la possibilité d'un certain nombre de visites de consultation — généralement moins de dix — ou d'obtenir des services à concurrence d'un certain plafond monétaire. Cependant, lorsque le nombre de visites permis est épuisé, l'employé doit payer les autres services de sa poche. Selon les problèmes auxquels les employés et consommateurs sont confrontés, une thérapie appropriée peut durer plusieurs années et épuiser les ressources financières. De nombreuses personnes décident de ne pas chercher d'aide supplémentaire et, par conséquent, sont exposées à des difficultés permanentes dues à une maladie mentale non traitée.

Pour les chômeurs, les options en matière de thérapie sont encore plus restreintes. Une période d'attente de six à huit mois est courante pour les services psychiatriques si l'on tente d'avoir accès au système des soins de santé officiel avant une urgence. D'après mon expérience personnelle et les informations partagées par les membres de mon groupe d'entraide et d'autres consommateurs, en Nouvelle-Écosse, de nombreux psychiatres, voire la plupart d'entre eux, prescrivent des médicaments à leurs patients et vérifient les niveaux de médication selon les effets

effective and even crucial to a meaningful recovery from many forms of mental illness.

Currently, I am recovering from a devastating episode of depression, which caused me to lose my job and to withdraw from all my volunteer activities. I am slowly making my way back to a state of mental health, but will not be able to do so without the assistance of a psychiatrist and a psychologist. Our provincial health plan covers the cost of psychiatric services, but does not cover the cost of psychological services. I must pay for this unassisted by any private medical plan. My family is surviving on one income, which is a hardship, albeit necessary for my recovery.

My daughter, who has been diagnosed with unipolar depression, is currently receiving psychotherapy from a psychologist, therapy that is costing her \$130 per visit. The health plan at her place of employment covers a maximum of \$500 per year for this type of service; therefore, she, too, must pay out of her own pocket if she is to receive a therapeutic level of care.

In the Citizens for Mental Health *Mental Health Priorities of the Voluntary Sector: Development of a Framework for Action* document produced by the Canadian Mental Health Association in June of 2004, one of the seven key issues identified at the national synthesis forum was an improvement in services for people with mental illness. The guiding values and principles underpinning the framework cites as a key recommendation the ensuring of equitable access to appropriate housing, training and education, employment opportunity and health services as basic rights.

Specifically, the report makes the following points: working with other levels of government and the voluntary sector to ensure that health services promote early detection and recovery from mental illness and support community-based services that can assist consumers to live and thrive in their communities; ensuring equitable access to mental health services; developing a national health human resources strategy; promoting and supporting best practices; and supporting model programs.

I am passionate about the education of our youth regarding co-morbidity of substance abuse and mental illness. There are many excellent programs and facilities in Nova Scotia dealing with youth and mental illness, such as Laing House in Halifax, and youth and addiction, such as the Choices program. However, there are many who fall through the cracks. If our young people could know that self-medication is often an indication of a co-occurring mental illness, they could be forewarned through the school system and ultimately more prepared to handle both issues at a much earlier age than I and many others who have struggled to survive addiction and mental illness.

visibles des médicaments, sans toutefois proposer de psychothérapie de quelque type que ce soit, service qui s'est pourtant avéré efficace, voire essentiel, pour la guérison durable de nombreux types de maladies mentales.

Je me remets actuellement d'un épisode particulièrement pénible de dépression, qui m'a fait perdre mon emploi et m'a incitée à abandonner toutes mes activités bénévoles. Je retrouve petit à petit une certaine santé mentale, mais je ne pourrai jamais me rétablir sans l'aide d'un psychiatre et d'un psychologue. Notre régime provincial de santé couvre le coût des services psychiatriques, mais pas le coût des services psychologiques. Je dois payer sans pouvoir avoir recours à l'aide d'un régime d'assurance médicale privé. Ma famille survit avec un seul revenu, ce qui est difficile, quoique nécessaire à mon rétablissement.

Ma fille, pour laquelle un diagnostic de dépression unipolaire a été posé, fait actuellement de la psychothérapie chez un psychologue, thérapie qui lui coûte 130 \$ la visite. Le régime de santé de son employeur couvre un maximum de 500 \$ par an pour ce type de service; par conséquent, elle doit également payer de sa poche si elle veut recevoir des soins thérapeutiques adéquats.

Dans le document intitulé *Priorités du secteur bénévole en matière de santé mentale : élaboration d'un cadre stratégique*, publié dans le cadre du projet « La santé mentale : ça nous concerne! » par l'Association canadienne pour la santé mentale, en juin 2004, un des sept enjeux principaux relevés dans le cadre de la table ronde nationale de synthèse est une amélioration des services pour les personnes atteintes de maladies mentales. Compte tenu des valeurs et principes directeurs qui sous-tendent le cadre, une recommandation clé est d'assurer un accès équitable à un logement approprié, à la formation et à l'éducation, à des possibilités d'emploi et à des services de santé en tant que droits fondamentaux.

Le rapport contient également les recommandations suivantes : collaborer avec les autres paliers de gouvernement et le secteur bénévole pour s'assurer que les services de santé encouragent la détection précoce et la guérison d'une maladie mentale et des services de soutien communautaires qui peuvent aider les consommateurs à vivre et à s'épanouir dans leur collectivité; assurer un accès équitable à des services de santé mentale; élaborer une stratégie nationale de ressources humaines dans le domaine de la santé; promouvoir et soutenir les pratiques exemplaires; et soutenir des programmes modèles.

Je suis une ardente partisane de l'éducation de nos jeunes au sujet de la comorbidité de la consommation abusive de substances psychoactives et la maladie mentale. De nombreux excellents programmes et établissements axés sur la maladie mentale chez les jeunes, comme la Laing House à Halifax, ou sur la toxicomanie chez les jeunes, comme le programme Choices, ont été mis en place en Nouvelle-Écosse. Cependant, de nombreux jeunes passent par les mailles du filet. Si les jeunes pouvaient savoir que l'automédication est généralement un signe de la présence simultanée d'une maladie mentale, ils pourraient être avertis pendant leur période de scolarité et être finalement mieux

Alcohol and drug abuse are very common among people with bipolar disorder and mental illnesses. Research findings suggest that many factors may contribute to these substance abuse problems, including self-medication of symptoms, mood swings either brought on or perpetuated by substance abuse, and risk factors that may influence the occurrence of both mental illness and substance use disorders. Treatment for co-occurring substance abuse, when present, is an important part of an overall treatment plan. It is my feeling that it is crucial that, when addiction presents as the primary diagnosis, evidence of mental illness be explored.

When I entered my 28-day program to address my alcohol abuse problem, a psychologist was assigned to me. This psychologist had to divide her time among many clients, and there was no attempt to determine whether I was suffering from an underlying mental illness that may have been at the root of my self-medication through alcohol. As a result, I was not diagnosed until two years after completing the program. Because I was unable to work during this time, I went from full-time employment to employment insurance and, finally, to social assistance, joining the many who rely on the system for financial support.

I know that today the information I was lacking 12 years ago about my dual condition is much more readily available, particularly through Internet sites dedicated to the subject. There are good programs for at-risk youth or those who have already appeared on the radar. However, a public education campaign through educational institutions and youth service providers concerning the topic of mental illness could lead to our youth seeking medical attention much sooner and reduce the potential damage inherent in all types of addiction to their young lives.

No matter how far along the path to recovery we may feel we have travelled, relapse is always a danger and can be prevalent, depending on the type of mental illness suffered. The reasons for this are varied. A significant event, such as the death of a loved one, loss of employment, physical illness, and so on, can initiate a descent into illness. A change in body chemistry can also be at the root of relapse, as can a return to addiction and self-medication.

Psychiatric medications often lose their efficacy and a whole new treatment regimen must be determined by the primary care physician and commenced. The period of time that may elapse between onset of the new treatment and relief from symptoms may take weeks and even months, and if the new treatment is not successful, the whole process must begin again, extending the period of illness. Just such a process has hindered my recovery from the two significantly lengthy periods of depression that I have experienced in my life, having a negative impact on my

préparés à gérer les deux problèmes à un âge beaucoup plus précoce que moi et que de nombreuses autres personnes qui ont dû lutter pour survivre à la toxicomanie et à la maladie mentale.

La consommation abusive d'alcool et de drogues est très courante chez les jeunes atteints du trouble bipolaire et de maladies mentales. Les résultats des études qui ont été faites à ce sujet indiquent que de nombreux facteurs contribuent peut-être à ces problèmes de consommation abusive de substances psychoactives, notamment l'automédication face aux symptômes, les changements d'humeur et les troubles liés à une substance psychoactive. Le traitement pour toxicomanie simultanée, lorsqu'il est accessible, est un volet important d'un plan global de traitement. Il est à mon avis crucial de chercher des indices de maladie mentale lorsque le diagnostic primaire concerne la toxicomanie.

Lorsque je me suis inscrite au programme de 28 jours pour régler mon problème d'alcoolisme, on m'a attribué une psychologue. Cette psychologue devait partager son temps entre ses nombreux clients et elle n'a jamais tenté de déterminer si je souffrais d'une maladie mentale sous-jacente qui aurait pu être à l'origine de mon automédication par l'alcool. Par conséquent, ce n'est que deux ans plus tard que le diagnostic a été posé. Comme j'étais incapable de travailler pendant ce temps-là, je suis passée d'un emploi à temps plein à l'assurance-emploi et, enfin, à l'assistance sociale, et j'ai rejoint les nombreuses personnes qui dépendent du système pour obtenir de l'aide financière.

Je sais qu'actuellement, l'information que je n'avais pas il y a 12 ans sur ma double condition est beaucoup plus accessible, surtout grâce aux sites Internet spécialisés. De bons programmes pour les jeunes à risque, ou pour les personnes chez lesquelles la maladie a déjà été détectée, ont été mis en place. Cependant, la mise en place d'une campagne d'éducation publique par le biais des établissements d'enseignement et des fournisseurs de services à la jeunesse sur la maladie mentale pourrait inciter les jeunes à solliciter un secours médical beaucoup plus tôt, ce qui limiterait les dommages inhérents à tous les types de toxicomanie.

Quelle que soit la longueur du chemin que nous pensons avoir parcouru, une rechute est toujours possible, voire fréquente, selon le type de maladie mentale. Les motifs sont divers. Un événement stressant, comme le décès d'un être cher, la perte d'un emploi, la maladie physique, et cetera, peut être l'élément déclencheur. Un changement de chimie corporelle peut également être à l'origine d'une rechute, ainsi que d'un retour à la toxicomanie et à l'automédication.

Les médicaments utilisés en psychiatrie perdent souvent de leur efficacité et un tout nouveau régime de traitement doit être prescrit par le médecin traitant et entrepris. Le délai qui peut s'écouler entre le début du nouveau traitement et l'allègement des symptômes peut être de plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En outre, si le nouveau traitement n'est pas efficace, il faut tout recommencer, ce qui prolonge la période de maladie. C'est ainsi que mon rétablissement à la suite des deux très longues périodes de dépression que j'ai connues au cours de ma vie a été entravé, ce

recent employment and future ability to work, since my resume now shows significant gaps in my employment history.

Developing strategies for periods of disability when we are employed is crucial. The success of our return and reintegration into the workplace derives from preplanned accommodation through supportive strategies at work. Unfortunately, many employers are not prepared to deal with us as mental health consumers requiring sometimes finely tuned workplace accommodations. Sheila Hayes Wallace will speak on that issue in more detail.

I wish to take a few minutes now to talk about what has worked for me in my recovery and in the recovery of many others outside of the formal mental health care system. Acupuncture, homeopathy, massage therapy, light therapy, body work, naturopathic medicine, yoga, reflexology, Reiki, neurolinguistic programming, nutritional supplements, therapeutic touch and herbal medicines are but a few of what are now believed to be effective alternatives to traditional medical therapies. Currently, in this province, with a few exceptions, such as massage therapy, which is covered by some health plans, and acupuncture, which is utilized to great effect in treating addiction, there is no way to subsidize the cost of these alternative therapies. Research and funding for these important tools for recovery is necessary. The practitioners, many of them certified by national organizations, are available only to those who can afford their services.

The value of self-help and support groups in recovery has been very well documented. My own experience as both a member and a leader of one such group has given me an intimate knowledge of the benefits that can be derived from sharing the joys and sorrows that we as people with common problems face on a daily basis. Financial support for promoting and funding this important area is much needed. The self-help movement is growing, but could do so at a much faster pace.

I have obtained two jobs, for a total of five years of employment, that can be attributed directly to my involvement as a volunteer with various organizations. Mental health consumers and organizations alike should be encouraged to look at this as a way of hiring individuals with mental illness. Both of my employers were aware of the status of my mental health and the nature of my mental illness. Disclosure is difficult for many, but in my case, it worked to my advantage. This may also be the case for others. Regardless, volunteering is an excellent way for the abilities of an individual to become known to a potential employer.

qui a eu des incidences négatives sur mon récent emploi et sur mon aptitude future au travail, étant donné que mon CV laisse voir des creux importants dans mes antécédents professionnels.

Il est capital d'élaborer des stratégies en prévision des périodes d'incapacité lorsque nous avons un emploi. La réussite de notre retour et de notre réintégration au travail repose sur une planification préalable faisant appel à des stratégies de soutien au travail. De nombreux employeurs ne sont malheureusement pas prêts à s'adapter à nos besoins, en tant que consommateurs de soins de santé mentale, parce que cela nécessite parfois des accommodements très pointus. Mme Sheila Hayes Wallace donnera des informations plus précises à ce sujet.

Je voudrais maintenant parler pendant quelques minutes des thérapies qui m'ont aidée à me rétablir et qui ont aidé de nombreuses autres personnes à guérir, à l'extérieur du système des soins de santé mentale. L'acupuncture, l'homéopathie, la massothérapie, la photothérapie, les approches corporelles, la naturothérapie, le yoga, la réflexologie, le reiki, la programmation neurolinguistique, les suppléments nutritionnels, le toucher thérapeutique et les plantes médicinales ne sont que quelques-unes des thérapies actuellement considérées comme des solutions de rechange efficaces aux thérapies médicales traditionnelles. Actuellement, dans cette province, à l'exception de quelques thérapies comme la massothérapie, qui est couverte par certains régimes d'assurance-maladie, et l'acupuncture, qui est un mode de traitement efficace des toxicomanies, il n'existe aucune possibilité de subventionner le coût de ces thérapies dites « parallèles ». La recherche et le financement de ces importants outils de guérison sont essentiels. Les praticiens, dont certains sont accrédités par des organisations nationales, ne sont accessibles qu'aux malades qui ont les ressources financières nécessaires pour s'offrir leurs services.

L'efficacité de l'effort autonome et des groupes de soutien dans le rétablissement a été très bien documentée. Mon expérience en qualité de membre et de dirigeante d'un tel groupe m'a apporté une connaissance intime des effets bienfaisants du partage des joies et des peines auxquelles nous sommes confrontés quotidiennement, du fait que nous avons des problèmes semblables. Le soutien financier pour la promotion et le financement de ces initiatives importantes est urgent. Le mouvement d'entraide prend de l'ampleur, mais il pourrait le faire beaucoup plus rapidement.

J'ai obtenu deux emplois, pour un total de cinq années d'emploi, directement attribuables à mes activités bénévoles dans divers organismes. Les consommateurs de services de santé mentale et les organisations devraient être encouragés à considérer cela comme une méthode de recrutement de personnes atteintes de maladie mentale. Mes employeurs étaient au courant de mon état et de la nature de ma maladie mentale. La divulgation de leur état est difficile pour un grand nombre de personnes mais, dans mon cas, elle a tourné à mon avantage. Ce sera peut-être le cas pour d'autres personnes également. En tout cas, le bénévolat est une excellente façon de démontrer nos aptitudes à un employeur potentiel.

In conclusion, each of these avenues I have presented opens up opportunities for wellness and growth for a population in great need of both. I strongly urge the committee to consider that, when looking at solutions to problems evident in the mental health care system in Canada.

I am greatly encouraged by the work being conducted by this committee in addressing the need for change in mental health care across the country. I wait with anticipation the results of your work and thank you for this opportunity to speak about issues that are important to me as a mental health consumer.

Mr. Chairman: Thank you, Susan, for your very thoughtful statement. That is terrific.

Next, we have Roy Muise. Please proceed, Roy.

Mr. Roy Muise, as an individual: Good morning. May I be among the first to welcome you to Halifax, Nova Scotia. I actually had an opportunity to speak with Senator Cordy on, I believe it was, Wednesday or Thursday of last week in Ottawa.

I have been living with a mental illness for almost 30 years. I have been following the work of this committee from the beginning and have read with great interest your interim reports. I will begin by telling you my story, although, as you will hear, it is similar to many stories you have heard from all over this country.

I first received psychiatric treatment in the 1970s. I had what was then referred to as “bad nerves” and was put on tranquilizers. At the time, I seemed to have it all. I was happily married, we had begun our family, and I was in business for myself. In time, my condition worsened and, in 1979, I was hospitalized for the first time with a “nervous breakdown,” or what we recognize today as depression.

The experience, to say the least, was horrible. This was at a time when it was very common for people with a mental illness to be extremely overmedicated. I refer to this time as my “zombie days,” since the term describes perfectly the way I felt. It was as if I had lost all control of my body. I spent three months in hospital, and when I was discharged I could barely function.

Luckily, my psychiatrist back home got me off my medications as quickly as possible. I made up my mind at that time that I would never go on medication again, nor would I go back to the hospital. In retrospect, that was a very bad decision. I somehow made it through the 1980s. I lost my business, my marriage broke up, and I became a person that I really did not like, but I refused to admit that there was something wrong. I was determined not to go back to hospital or back on medication.

Les diverses avenues que j’ai exposées ouvrent des perspectives de bien-être et de croissance pour un segment de la population qui a grand besoin des deux. Je vous prie de les examiner en cherchant des solutions aux problèmes qui sont visibles dans le système des soins de santé mentale au Canada.

Je suis très encouragée par les travaux entrepris par votre comité pour répondre à la nécessité d’un changement dans les soins de santé mentale, à l’échelle nationale. J’attends avec impatience les résultats de vos travaux et vous remercie pour cette occasion d’exprimer mes opinions sur des problèmes qui ont de l’importance pour moi à titre de consommatrice de services de santé mentale.

Le président : Je vous remercie pour cet exposé soigneusement préparé. C’était excellent.

Je donne maintenant la parole à Roy Muise. Allez-y.

M. Roy Muise, à titre personnel : Bonjour. Je voudrais être parmi les premiers à vous souhaiter la bienvenue à Halifax, en Nouvelle-Écosse. J’ai en fait eu l’occasion de discuter avec le sénateur Cordy vendredi ou jeudi de la semaine dernière, si j’ai bonne mémoire, à Ottawa.

Je suis atteint d’une maladie mentale depuis près de 30 ans. Je suis vos travaux depuis le début et j’ai lu vos rapports provisoires avec un vif intérêt. Je vous raconterai d’abord mon histoire quoique, comme vous pourrez le constater, elle soit semblable à la plupart des histoires que vous avez déjà entendues à travers le pays.

J’ai reçu mon premier traitement psychiatrique dans les années 70. J’avais alors ce que l’on appelait « les nerfs fragiles » et on m’a prescrit des tranquillisants. À l’époque, j’étais apparemment comblé. J’étais heureux dans mon mariage, nous avions commencé à fonder une famille et je travaillais à mon propre compte. Avec le temps, mon état s’est détérioré et, en 1979, j’ai été hospitalisé pour la première fois pour « neurasthénie » ou ce que l’on appelle aujourd’hui « dépression nerveuse ».

L’expérience a été horrible, et c’est un euphémisme. Cette dépression est survenue à une époque où les personnes atteintes d’une maladie mentale étaient très souvent sous médication excessive. Je parle de cette époque comme de celle où j’étais un zombie, car le terme décrit parfaitement ce que je ressentais. C’était comme si j’avais perdu totalement le contrôle de mon corps. J’ai passé trois mois à l’hôpital et, à ma sortie, j’étais à peine capable de fonctionner.

Fort heureusement, mon psychiatre m’a supprimé les médicaments aussi rapidement que possible. J’ai décidé alors que je ne reprendrais jamais des médicaments et que je ne retournerais jamais à l’hôpital. Avec le recul, je sais que c’était une très mauvaise décision. J’ai survécu au cours des années 80. J’ai perdu mon entreprise, je me suis séparé de ma femme et je suis devenu une personne que je n’aimais pas vraiment, mais je refusais d’admettre que quelque chose n’allait pas. J’étais bien décidé à ne pas retourner à l’hôpital ni à reprendre des médicaments.

Then came the 1990s. I became very ill throughout most of that decade. I attempted suicide twice and came very close on numerous other occasions. I had many hospitalizations and was on many different medications over the years and even went through a series of shock treatments.

I learned that our mental health system, although still far from perfect, had greatly improved. In hospital, I was treated with respect and kindness, but I could see how overworked everyone was. At this time, I educated myself on depression and was willing to try anything that was suggested in order to get well. Nothing seemed to work. I would have short periods when I seemed better, but then the depression would come back again. There were many times when I felt like giving up. By the late 1990s, I was no longer able to work and was living on Canada Pension Plan disability benefits, but I kept struggling to get well.

I learned through volunteer opportunities that I had a natural ability to talk with and listen to other mental health consumers, and we all seemed to benefit from that. I also knew that if I was ever well enough to work again I wanted to work with fellow consumers and help them by using my experiences as a guide.

This was a dream that I never believed could happen. As I sit here before you today, I am living proof that dreams can come true. In 2001, I was offered a job at the Consumer Initiative Centre, a program of the Self-Help Connection, an organization built on the power of peer support. I was hired as a peer support worker.

This brings me to the main point I wish to make this morning. Our mental health system is in crisis. Here in Halifax, there is a waiting list of 500 people considered non-urgent for appointments at our psychiatric hospital. That means 500 people know they need help and cannot get it. I am told the waiting time can be six to eight months or longer.

We need to start looking at alternative resources. One such resource is peer support. It can come in different forms. The best known is probably self-help groups, peers helping each other to grow and flourish despite their mental illness. Another form is one-on-one peer support.

I recently had the pleasure of travelling to Georgia to study the certified peer specialist — CPS — program they have there. I have taken the training and passed the exam. This program, funded by Medicaid, employs trained peers in the formal mental health system. The job of the CPS is to offer hope and a role model for recovery to fellow mental health consumers. Our own experiential knowledge is used while working with peers in setting goals and working toward achieving those goals, all supported by the belief that recovery from mental illness is possible.

Puis, vinrent les années 90. Je fus malade pendant presque toute cette décennie. J'ai fait deux tentatives de suicide et j'ai été bien proche d'en faire d'autres à de nombreuses autres occasions; j'ai même suivi une série de traitements par électrochocs.

Je me suis rendu compte que notre système de santé mentale, quoiqu'il soit encore loin d'être parfait, s'était considérablement amélioré. À l'hôpital, j'ai été traité avec respect et amabilité, mais j'ai pu constater que tous les travailleurs étaient surmenés. À cette époque, je me suis renseigné moi-même sur la dépression et j'étais prêt à tout essayer pour aller mieux. Rien ne semblait être efficace. Pendant de courtes périodes, je me portais apparemment mieux, mais je sombrais ensuite à nouveau dans la dépression. J'ai été de nombreuses fois tenté d'abandonner la partie. Vers la fin des années 90, je n'étais plus capable de travailler et je vivais grâce aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, mais je continuais à lutter pour aller mieux.

J'ai appris grâce à des activités bénévoles que j'avais une aptitude naturelle pour discuter avec d'autres consommateurs de services de santé mentale et les écouter, et nous en avons apparemment tous tiré profit. Je savais également que si je retrouvais un jour une assez bonne santé, je voudrais travailler avec des consommateurs de services comme moi et les aider en m'appuyant sur mon expérience personnelle.

C'était un rêve que je ne pensais jamais pouvoir réaliser. Je suis aujourd'hui la preuve vivante que les rêves sont réalisables. En 2001, on m'a offert un emploi au Consumer Initiative Centre, un programme de la Self-Help Connection, organisme fondé sur le pouvoir du soutien par les pairs. J'ai été engagé comme travailleur en entraide.

J'en viens au principal commentaire que je voudrais faire ce matin. Notre système de santé mentale est en crise. À Halifax, il y a une liste d'attente de 500 personnes pour les rendez-vous à notre hôpital psychiatrique, qui ne sont pas considérées comme des cas urgents. Autrement dit, 500 personnes qui savent qu'elles ont besoin d'aide ne peuvent pas l'obtenir. On m'a dit que le délai d'attente pouvait être de six à huit mois, ou encore plus long.

Il est essentiel de se mettre à la recherche de ressources de remplacement. C'est notamment le cas de l'entraide. Elle peut se présenter sous diverses formes. La plus connue est probablement les groupes d'entraide, dont les membres s'aident mutuellement à se développer harmonieusement et à être heureux en dépit de leur maladie mentale. Un autre type d'entraide est le soutien individuel par un pair.

J'ai dernièrement eu le plaisir d'aller en Georgie pour étudier le programme de formation de spécialistes accrédités en entraide (certified peer specialist ou CPS) qui a été mis en place dans cet État. J'ai suivi la formation et réussi l'examen. Ce programme, qui est financé par Medicaid, emploie des pairs formés dans le système de santé mentale officiel. Le poste de CPS a pour but de donner de l'espoir et un modèle de rétablissement à d'autres consommateurs de services de santé mentale. Nous faisons appel à notre expérience tout en aidant des pairs à fixer des objectifs et à s'appliquer à les atteindre, dans la conviction que le rétablissement à la suite d'une maladie mentale est possible.

I should point out that we believe that recovery is not necessarily the absence of symptoms, but learning to live with, through and beyond those symptoms and achieving the life that we want. I have just started doing research across Canada to see if there are similar programs here. It is my dream — and, you know, I believe in dreams — and the dream of the organization I work for that we can start a similar program here in Nova Scotia within the next five years.

In conclusion, I urge this committee to continue listening to the voices of those of us living with mental illness. Remember us as you prepare your recommendations and make them with us in mind. May the Government of Canada listen to these recommendations and act quickly upon all of them. Finally, may the people of Canada welcome us into society as full partners. We are not to be feared or pitied. Remember, we are your mothers and fathers, sisters and brothers, your friends, your co-workers and your children. Join hands and travel with us on our road to recovery.

Mr. Chairman: Thank you very much, Roy. Your presentation raises a lot of questions, to which we will return.

Our next witness is Sheila Hayes Wallace.

Ms. Sheila Hayes Wallace, as an individual: I will give you a little background about myself as well. My family history includes an alcoholic father, who was abusive physically to my mother and older sisters until I was two years old. With no support from her family or any government or private agencies — in other words, no social services or women's shelters — my mother stayed in the situation until a very violent episode got my father's brother involved. My father was given a choice of a mental hospital or jail. The compromise solution was Alcoholics Anonymous and he never drank again.

My father's "double first cousins," which means that sisters had married brothers, included a lady who had shock treatments for episodes of what may have been manic behaviour and a man who regularly "got the blues." The shock treatments were done in Dartmouth at the Nova Scotia Hospital and were very hush-hush. My own first cousin on my father's side had what was called "a breakdown" in his teens. He was diagnosed as schizophrenic and now, in his mid-fifties, has never held a job or been married. His years of therapy have given him a gentle humour about his life. Of all the Hayes clan, he says he is the only one who has papers to say he is okay. He does not smoke or drink and finds his religion to be a great source of strength and comfort.

In hindsight, these family factors probably drew me into a profession where I could give out help. I am a registered nurse who has worked in the cardiology field since 1981. Sadly, those who are giving help are notoriously unwilling to seek it. In my

Je devrais préciser que nous pensons que le rétablissement n'est pas nécessairement l'absence de symptômes, mais l'apprentissage à vivre avec les symptômes, à les gérer et à mener le type de vie que nous souhaitons. Je viens d'entamer des recherches à travers le pays pour déterminer si des programmes analogues sont en place ici. Mon rêve — et je crois à mes rêves — et celui de l'organisme pour lequel je travaille est que nous puissions mettre en place un programme analogue en Nouvelle-Écosse d'ici cinq ans.

En conclusion, je vous recommande de continuer d'écouter les voix de ceux et celles qui sont atteints d'une maladie mentale. Ne nous oubliez pas quand vous préparerez vos recommandations. Pensez à nous en les rédigeant. Puisse le gouvernement du Canada écouter ces recommandations et y donner suite rapidement. Enfin, j'espère que les Canadiens nous accueilleront au sein de la société en nous traitant comme des partenaires à part entière. Nous ne voulons pas être craints ou pris en pitié. N'oubliez pas que nous pourrions être vos mères et vos pères, vos sœurs et vos frères, vos amis, vos collègues de travail et vos enfants. Tendez-nous la main et voyagez avec nous sur la voie du rétablissement.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Muise. Votre exposé soulève beaucoup de questions auxquelles nous reviendrons.

Le témoin suivant est Sheila Hayes Wallace.

Mme Sheila Hayes Wallace, à titre personnel : Je vous donnerai également quelques informations sur mes antécédents personnels. Mes antécédents familiaux incluent un père alcoolique qui a été violent à l'égard de ma mère et de mes sœurs aînées jusqu'à ce que j'aie atteint l'âge de 2 ans. Sans soutien de sa famille ou d'organismes gouvernementaux ou privés — autrement dit, en l'absence de services sociaux ou de refuges pour femmes —, ma mère a supporté la situation jusqu'à ce qu'un épisode particulièrement violent incite le frère de mon père à intervenir. Mon père a eu le choix entre un hôpital psychiatrique ou la prison. La solution de compromis a été Alcooliques Anonymes. Il ne s'est jamais remis à boire.

Parmi les « doubles cousins germains » de mon père, c'est-à-dire que deux sœurs avaient épousé des frères, il y avait une dame qui avait suivi des traitements par électrochocs, pour des épisodes de ce qui pouvait être des comportements maniaques, et un homme qui sombrait régulièrement dans la dépression. Les traitements par électrochocs étaient faits au Nova Scotia Hospital de Dartmouth et ils étaient passés sous silence. Mon cousin germain du côté de mon père a fait ce que l'on appelle une dépression nerveuse au cours de son adolescence. On a diagnostiqué une schizophrénie et, alors qu'il a atteint le milieu de la cinquantaine, il n'a jamais occupé un emploi ni été marié. Ses années de thérapie lui ont apporté un certain sens de l'humour à propos de sa vie. Il dit que de tout le clan des Hayes, il est le seul à avoir des documents prouvant qu'il n'est pas malade. Il ne fume pas ou ne boit pas et puise une grande force et un grand réconfort dans sa religion.

Rétrospectivement, je pense que ces facteurs familiaux m'ont probablement incitée à m'orienter vers une profession qui me permettrait d'aider les autres. Je suis infirmière autorisée et je travaille dans le secteur de la cardiologie depuis 1981. Les

own workplace, I have seen a beautiful, university-educated nurse in her thirties come to tragedy. After refusing to take time off work to get help and leaving hospital twice after her observations periods were finished, she died by running into oncoming traffic.

With my first experience of depression, I never had to own up to it. I tried St. John's Wort and some six sessions with a therapist paid for by my employee assistance program, or EAP. Concurrently, I had a minor back strain, and when I returned to work I allowed my co-workers to assume I had been off with a physical ailment. I was on Paxil, an antidepressant, for about a year and stopped it prior to minor surgery.

Within three months, I was showing signs of depression again and only saw a psychiatrist because my manager required a specialist's order to continue a "no nights" limitation imposed by my family doctor, a general practitioner. This psychiatrist was paid by the hospital to assess me. Luckily, he saw that I was suffering another depression, but could not begin treatment of me due to his contract with the hospital. He phoned my GP that day with instructions about starting me on a specific drug, and recommended follow-up with a psychiatrist. My depression this time was labelled "situational," and I continued to work full-time because I was the only income earner. However, my sick time was not compatible with the hospital policy, and I received two written warnings that threatened termination while stating at the same time the hospital's concern for the employee's well-being and referring to the programs offered to help employees, which, for all I know, is the EAP.

My employer scrutinized my work and called me into the manager's office on several occasions to ask for my explanation of events reported by fellow nursing staff. I now know I had a right to union representation at any meetings to help me deal with these allegations. I did not have any warning of what, "Could I see you for a few minutes," would lead to, nor were the other parties ever named so I could have a chance to ask why I had not been approached by them first if they had a question or a concern. I decided to apply for another position, which would have meant a regular day schedule in a day treatment and diagnostic lab, but was unsuccessful. By the first week of August 2003, I was unable to work any longer. I saw the psychiatrist again, had my dosage of Effexor increased, my antidepressant medication, and began regular psychiatric appointments.

In June 2004, having improved quite a bit, I did an 11-week trial in my home unit. This was paid for by the long-term disability insurer, Manulife. The hospital did not contribute because this was "an assessment," not a work placement. At the

personnes qui aident leurs semblables n'ont malheureusement pas tendance à chercher de l'aide pour elles-mêmes. C'est un fait connu. Là où je travaillais, j'ai vu une très jolie infirmière ayant fait des études universitaires, âgée dans la trentaine, connaître une fin tragique. Après avoir refusé de prendre des congés pour chercher de l'aide et après avoir quitté l'hôpital deux fois après la fin de ses périodes d'observation, elle s'est tuée en se jetant dans la circulation venant en sens inverse.

Après mon premier épisode de dépression, je n'ai pas eu à révéler mon état. J'ai essayé le millepertuis commun et j'ai fait six séances avec un thérapeute payé par mon Programme d'aide aux employés, ou PAE. Simultanément, j'ai eu un léger tour de rein et, lorsque je suis rentrée au travail, j'ai laissé mes collègues de travail croire que j'avais pris congé pour une maladie physique. J'ai pris du Paxil, un antidépresseur, pendant environ un an, et j'ai cessé d'en prendre avant une petite intervention chirurgicale.

Moins de trois mois plus tard, je manifestais à nouveau des signes de dépression et, si j'ai consulté un psychiatre, c'est parce que ma supérieure exigeait une ordonnance de spécialiste pour prolonger une interdiction de travailler de nuit imposée par mon médecin traitant, un omnipraticien. Ce psychiatre était payé par l'hôpital pour faire une évaluation de mon état. Fort heureusement, il a remarqué que je faisais une autre dépression, mais il n'a pas pu entamer un traitement à cause du contrat qu'il avait passé avec l'hôpital. Il a téléphoné à mon médecin traitant ce jour-là pour lui donner des instructions concernant la prescription d'un médicament précis et recommander un suivi auprès d'un psychiatre. Ma dépression était alors qualifiée de circonstancielle et j'ai continué de travailler à plein temps parce que j'étais le seul soutien familial. Cependant, mes périodes de maladie n'étaient pas compatibles avec la politique de l'hôpital et j'ai reçu deux avertissements écrits menaçant de me mettre à pied tout en signalant que l'hôpital se préoccupait du bien-être de ses employés et les programmes qu'il offrait pour les aider, le seul étant le Programme d'aide aux employés, à ma connaissance.

Mon employeur a examiné mon travail de près et m'a fait appeler au bureau du directeur à plusieurs reprises pour me demander d'expliquer des comportements qui avaient été signalés par mes collègues de travail. Je sais maintenant que j'avais le droit d'être représentée par le syndicat à toutes ces réunions pour m'aider à faire face à ces allégations. Je n'avais pas la moindre idée des conséquences de ce « Pourrais-je vous voir quelques minutes? » et les collègues concernés n'ont jamais été nommés, ce qui m'aurait permis de leur demander pourquoi ils ne m'avaient pas directement posé des questions ou fait part de leurs préoccupations. J'ai décidé de postuler un autre emploi grâce auquel j'aurais eu un horaire régulier de jour dans un laboratoire de traitement et de diagnostic de jour, mais sans succès. Au cours de la première semaine d'août 2003, je n'étais plus capable de travailler. J'ai revu le psychiatre, qui m'a augmenté la dose d'Effexor, mon antidépresseur, et j'ai pris une série de rendez-vous pour des soins psychiatriques.

En juin 2004, mon état s'étant amélioré quelque peu, j'ai fait un essai de 11 semaines dans mon service. C'était rétribué par la compagnie avec laquelle j'avais une assurance-invalidité à long terme, Manulife. L'hôpital ne versait pas un sou parce que c'était

completion of this trial period, my manager said she could not accommodate my need for working days only because this would cause “undue hardship” for her nursing staff of nearly 70 nurses. She was already accommodating two other nurses who worked days only.

There was a meeting called with my manager, the occupational health nurse, a human resources “labour consultant” and a representative of Manulife on the one side, and me on the other. My sole support was an employee relations officer from my union, the Nova Scotia Government Employees Union, or NSGEU. Her only action was to ask me, “Why can you not work evenings?”, and to agree that I needed another attending physician’s report. The one submitted July 28, 2004, did not state the word “permanent” in describing my disability and need to work days only. Another report written in October of that year stated that my disability was indeed permanent and that, in addition, I was to work no overtime hours.

According to administrative policy, I was entitled to have the human resources department respond to my needs by trying to match me with a suitable position. The first warning to me that this was not going to happen occurred on February 24, 2005. I saw a job listing for a position for which I had been interviewed and short-listed in 2003. When I made investigations the following day as to why I had not been offered the position, I received no direct answers, nothing in writing and a demand for another attending physician’s report. I was told I was not on a duty-to-accommodate list. My doctor submitted another attending physician’s report, this one specifying that I could handle the schedule required — that is, an on-call schedule, which was about once in eight weeks — as well as overtime, if necessary, meaning that I would not walk out in the middle of a case. The lab only runs an eight-hour day and I had been cleared for 12-hour days in 2004.

Human resources consulted with the lab manager and refused to pass on my resume or place me there based on the manager’s claim that one might have to work for 24 hours straight if an on-call shift was busy. Let me tell you now that the doctors doing these procedures are human beings who have their limits, too. However, the human resources representative, a person with a Bachelor of Commerce degree by the way, expressed his concern that my limitations were “always changing” and during my work assessment in 2004 the no-evenings restriction came up “suddenly.”

In March of this year, I filed a complaint with the Human Rights Commission. I know that the two nurses who have been accommodated with working days only have not been subjected to the continual challenges or dismissive attitudes to their needs that I have been. Last Monday, I was offered a three-month trial of days on my home unit. If that is successful, there will be a

« une évaluation », pas un placement professionnel. À la fin de cette période d’essai, ma supérieure m’a dit qu’elle ne pouvait plus m’accommoder pour le travail de jour parce que cela causerait des difficultés indues pour son personnel infirmier qui comptait près de 70 infirmiers et infirmières. Elle accommodait déjà deux autres infirmières qui travaillaient uniquement de jour.

Une réunion a été convoquée par ma supérieure, à laquelle participaient l’infirmière en santé du travail, un consultant en ressources humaines et un représentant de Manulife d’un côté, et moi de l’autre. Mon seul soutien était une agente des relations avec les employés de mon syndicat, la Nova Scotia Government Employees Union, ou NSGEU. Son unique intervention a consisté à me poser la question suivante : « Pourquoi ne pouvez-vous pas travailler le soir ? » et à reconnaître que j’avais besoin d’un autre rapport de mon médecin traitant. Celui qui avait été présenté le 28 juillet 2004 ne précisait pas que mon invalidité était « permanente » et qu’il était essentiel que je ne travaille que de jour. Un autre rapport écrit, fait au mois d’octobre de cette année, indiquait que mon invalidité était permanente et que, de surcroît, je ne devais pas faire d’heures supplémentaires.

Selon la politique administrative, le service des ressources humaines était obligé de répondre à mes besoins en tentant de me trouver un poste approprié. C’est le 24 février 2005 que j’ai reçu le premier avis m’indiquant que ce ne serait pas le cas. J’ai vu la liste restreinte des candidats retenus pour un poste pour lequel j’avais été interviewée en 2003. Lorsque je me suis renseignée, le lendemain, pour savoir pourquoi on ne m’avait pas offert ce poste, je n’ai pas reçu de réponse claire, ni d’explication par écrit ou une demande pour un autre rapport du médecin traitant. On m’a dit que je n’étais pas sur une liste des personnes pour lesquelles l’employeur était dans l’obligation de prendre des mesures d’adaptation. Mon médecin traitant a présenté un autre rapport, spécifiant que je pouvais me plier à l’horaire obligatoire, c’est-à-dire à un horaire sur appel, environ une semaine sur huit, ainsi qu’au besoin, des heures supplémentaires, ce qui voulait dire que je ne pouvais pas m’en aller au milieu d’un quart de travail. Le laboratoire n’est ouvert que huit heures par jour et j’avais été autorisée à faire des journées de 12 heures en 2004.

Le service des ressources humaines a consulté le directeur du laboratoire et a refusé de transmettre mon curriculum vitae ou de m’accorder le poste parce qu’il prétendait que son titulaire devrait peut-être travailler 24 heures d’affilée si l’équipe qui était sur appel était surchargée. Je reconnais que les médecins chargés de ces procédures sont des êtres humains qui ont également certaines limites. Cependant, le représentant des ressources humaines, une personne qui avait un baccalauréat en commerce, a signalé que mes restrictions changeaient constamment et au cours de mon évaluation annuelle en 2004, la restriction concernant l’interdiction de travailler en soirée est réapparue subitement.

En mars dernier, j’ai déposé une plainte auprès de la Commission des droits de la personne. Je savais que les deux infirmières auxquelles on avait accepté de donner uniquement des horaires de jour n’avaient pas eu à souffrir, comme moi, d’obstacles continuels ou d’attitudes méprisantes en ce qui concerne mes besoins. Lundi dernier, on m’a proposé une

six-month trial of days and evenings and followed by a trial of nights only. I have not been able to work nights since 1999. On Tuesday, the Human Rights Commission told me they had been speaking to the hospital management. I will accept the offer.

We are financially ruined. Long-term disability benefits comprise 65 per cent of my paycheque. Because of our inability to pay our bills, we have had more than one disconnection notice from Nova Scotia Power and have been cut off several times from local phone service. For over a week, we lost long-distance phone service, which is a necessity, given that my elderly mother lives alone in a senior's apartment in Cape Breton. Our bank has threatened foreclosure on our mortgage and frozen the account into which my long-term disability benefits are deposited. We cannot afford vehicle maintenance and live half an hour from the city centre with no public transit. The only means of going into the city for appointments is a cab ride resulting in a \$50 fare. My husband has been working up to 70 hours a week at a minimum wage job since November 2004. Our loan and mortgage payments are not covered by our disability insurance because my depression is "pre-existing." In the fall of 2004, I used the Metro Food Bank once a month, which is the maximum allowable, and I was glad it was there. The Salvation Army Christmas effort provided my children's toys and clothes. I thank God that my medical benefits continued to pay for my medication, Effexor, because I could not pay for it out of my own resources.

Faced with this knowledge of my difficulties, how dare anyone question the validity of a respectful response to my accommodation needs? Well, I do not have an X-ray to wave about or scars to display. My relapse risk, I understand, is about 90 per cent. My employer has deep pockets and can wait me out. Long-term disability benefits last only 24 months and mine terminate December 31, 2005. If I make it, I can retire on an unreduced pension on February 1, 2009. If I break service, I cannot access this pension until I am 65.

If I have time, I have some thoughts I should like to share with you. I have seen a lot of public service announcements about warning signs of a drinking problem, which is good. However, we need to add some more about the signs of depression for the general public. No one should be in the position of having to deal with mentally ill employees unless they have some health care training or at least have had an intensive workplace program of sensitivity to and recognition of the signs of depression. Employee assistant programs are a great idea, but not many problems respond to a six-session quick fix or a \$300 maximum funding allowance. There should be a process to assess for severity of the problem and appropriate referrals to other treatments at the first opportunity. Why can psychologists not get paid for counselling in Nova Scotia unless they are members of a particular

période d'essai de trois mois de travail de jour dans mon service. Si l'essai est concluant, je ferai ensuite une période d'essai de six mois de jour et le soir, puis une période d'essai la nuit seulement. Je n'ai plus été capable de travailler la nuit depuis 1999. Mardi, la Commission des droits de la personne m'a dit qu'elle avait communiqué avec la direction de l'hôpital. J'accepterai son offre.

Nous sommes ruinés financièrement. Les prestations d'invalidité de longue durée représentent 65 p. 100 de mon chèque de paye. Comme nous n'arrivons pas à payer nos factures, nous avons reçu plus d'un avis de coupure de courant de la Nova Scotia Power et on nous a coupé le service téléphonique local à plusieurs reprises. Pendant plus d'une semaine, nous avons été privés du service interurbain, alors qu'il est essentiel, étant donné que ma vieille mère vit seule dans un appartement pour personnes âgées au Cap-Breton. Notre banque nous a menacés de faire une saisie hypothécaire et de bloquer le compte dans lequel je dépose mes prestations d'invalidité de longue durée. Nous n'avons pas les moyens d'entretenir notre véhicule et nous vivons à une demi-heure du centre-ville, sans moyens de transport en commun. La seule façon de se rendre en ville pour aller à des rendez-vous est d'y aller en taxi, ce qui coûte une cinquantaine de dollars. Mon mari travaille jusqu'à 70 heures par semaine au salaire minimum depuis novembre 2004. Les versements sur nos emprunts et nos versements hypothécaires ne sont pas couverts par notre assurance-invalidité parce que ma dépression est « préexistante ». À l'automne 2004, j'ai eu recours à la Metro Food Bank (banque d'alimentation) une fois par mois, ce qui est le maximum permis, et j'étais heureuse qu'elle soit là. La campagne de Noël de l'Armée du Salut a permis à mes enfants d'avoir des jouets et des vêtements. Je remercie Dieu que mes prestations médicales ont continué de payer mon médicament, l'Effexor, parce que je ne pourrais pas le payer de ma poche.

Comment une personne qui est au courant de mes difficultés peut-elle douter de la validité d'un accommodement qui respecte mes besoins? Je n'ai pas de rayon X ni de cicatrices à exhiber. Les risques de rechute sont, si j'ai bien compris, d'environ 90 p. 100. Mon employeur est riche et il peut patienter. Les prestations d'invalidité de longue durée ne durent que 24 mois et les miennes viennent à échéance le 31 décembre 2005. Si j'y arrive, je pourrai prendre ma retraite avec pension réduite le 1^{er} février 2009. Si j'ai une interruption de service, je n'aurai accès à cette pension que lorsque j'aurai 65 ans.

S'il me reste assez de temps disponible, j'ai quelques réflexions à partager avec vous. J'ai vu de nombreuses publicités du gouvernement indiquant les signes annonciateurs d'un problème d'alcoolisme, ce qui est bien. Cependant, il est nécessaire d'en faire également sur les signes de dépression, à l'intention du grand public. Personne ne devrait avoir à traiter avec des employés atteints d'une maladie mentale sans avoir reçu une certaine formation en soins de santé ou sans avoir au moins participé à un programme intensif de sensibilisation et de détection des signes de dépression au travail. Les programmes d'aide aux employés sont géniaux, mais peu de problèmes mentaux peuvent être réglés avec six séances de thérapie ou avec une allocation maximale de 300 \$. Il faudrait mettre en place un processus permettant d'évaluer la gravité du problème et d'aiguiller le patient vers

association? For example, the one I saw first with the employee assistance program was on the counselling staff at St. Mary's University. He was not a quack, but I could only have the six sessions allowed by employee assistance since no provincial payment was forthcoming.

I have some additional thoughts, and some of them ring close to home for me. The health care profession is not very comfortable with any one of its own having a mental disorder. It is kind of a "not in my back yard" attitude. Once labelled as damaged, that worker should go "somewhere else," not remain in this workplace.

I agree with Susan. One of the best treatments I received was a series of sessions with skilled facilitators at the day clinic at the Abby J. Lane Hospital. The courage and the sharing in those groups is beautiful, heart-wrenching. They were the source of my greatest enlightenment and inspiration, as well as being exhausting and challenging.

We must change attitudes, starting with school children. We must be open about risk factors for depression, for example, alcoholism and family history. By all means, continue the "healthy lifestyle" lessons, but include emotional health as well.

To all of us today, do not be ashamed to name your illness. When we do speak, please do not avoid us. What we have is not contagious.

Mr. Chairman: Sheila, thank you very, very much.

We will now hear from Mr. George MacDonald.

Mr. George MacDonald, as an individual: My presentation here today is the same one I will be giving at the end of the month in Nova Scotia, promoting the type of programs that we have across the nation.

I wish to thank Neil and members of our COMPASS team for asking me to pour out my heart today about mental health. It is an honour to do so.

The north, east, west and south markings found on a compass, reaching out to all directions, is an apt description for my life as well. Once upon a time, I was a husband, father and homeowner. Considered a workaholic, I had been a machine operator, construction worker, driller and blaster, was experienced in small lumber mills and was the owner of a small forestry business. I was living in a fortress of dreams.

Along came disappointment after disappointment. Ulcerative colitis destroyed my large bowel and an operation left me with a pouch glued to my stomach. The next year, my rectum was removed and closed altogether. The following year, I became manically high, then deeply depressed, resulting in the loss of a

d'autres traitements appropriés à la première occasion. Pourquoi, en Nouvelle-Écosse, les psychologues ne peuvent-ils pas être payés pour des consultations s'ils ne sont pas membres d'une association précise? Par exemple, le premier que j'ai vu dans le cadre du Programme d'aide aux employés, faisait partie de l'équipe de conseillers de la St. Mary's University. Ce n'était pas un charlatan, mais je n'ai pu suivre que les six séances autorisées par le Programme d'aide aux employés parce qu'on ne recevait pas de subventions provinciales.

J'ai quelques autres pensées à partager, et certaines d'entre elles éveillent des réminiscences personnelles. Dans le milieu des soins de santé, on n'est pas très à l'aise quand un des membres de la profession est atteint de troubles mentaux. On adopte l'attitude du « n'importe où, mais pas chez nous! ». Lorsqu'on se rend compte qu'il est atteint, on voudrait que le travailleur s'en aille et qu'il quitte son milieu de travail actuel.

Je suis d'accord avec Susan. Un des meilleurs traitements que j'ai reçu est une série de séances avec des facilitateurs qualifiés à la clinique de jour du Abbey J. Lane Hospital. Le courage et la volonté de partage de ces groupes sont admirables et émouvants. Ils ont été ma principale source d'inspiration mais ils m'ont épuisée et m'ont posé un défi.

Il est essentiel de faire changer les attitudes, en commençant par les écoliers. Il est essentiel d'être ouvert au sujet des facteurs de risque de dépression, notamment en ce qui concerne l'alcoolisme et les antécédents familiaux. Il faut poursuivre les leçons concernant un style de vie sain, mais il est essentiel d'y inclure la santé émotionnelle également.

Je dis que nous ne devons pas être honteux d'avouer l'identité de notre maladie. Ne nous évitez pas lorsque nous prenons la parole. Notre maladie n'est pas contagieuse.

Le président : Merci beaucoup, madame Wallace.

C'est maintenant au tour de M. George MacDonald.

M. George MacDonald, à titre personnel : L'exposé que je ferai aujourd'hui est le même que celui que je ferai à la fin du mois en Nouvelle-Écosse, dans le but de faire la promotion des divers types de programmes en place à travers le pays.

Je tiens à remercier Neil et les membres de notre équipe COMPASS de m'avoir demandé de vider mon cœur aujourd'hui en disant ce que j'ai à dire au sujet de la santé mentale. C'est pour moi un honneur.

Ma vie a été comparable à l'aiguille d'une boussole qui s'affole. J'ai déjà été un mari, un père et un propriétaire de maison. Considéré comme un bourreau du travail, j'ai été opérateur de machine, ouvrier du bâtiment, foreur et dynamiteur. J'avais de l'expérience dans les petites scieries et j'étais propriétaire d'une petite entreprise forestière. Je vivais dans une forteresse de rêves.

C'est alors que tous mes rêves se sont effondrés. Une colite ulcéreuse a détruit mon gros intestin et je suis resté avec un sac fixé à l'estomac à la suite d'une opération. L'année suivante, j'ai subi une ablation du rectum et mon anus a été cousu. L'année d'après, j'ai eu des phases maniaco-dépressives à la suite

business, the loss of a career in forestry, the loss of my home and family and even my honour, defeated and humiliated by the loss of sanity. I underwent many admissions to psychiatric wards and spent almost two years at a forensic psychiatric hospital for a federal conviction. I battled suicide, underwent a month of shock treatments and even spent a few days in jail. It was a rude awakening into the real world of pain and cruelty.

Wandering through the wilderness of madness, you are sometimes exposed to exceptional psychiatrists. So far, I have found two of them, one in the forensic hospital and one who has helped me progress in the last few years since she came to Truro. Dr. Warren has seen me in my bad times, and being extraordinarily patient and sympathetic, and has listened to me when I could not seem to stop talking. We have a healthy relationship. If I want to change a dosage or try a different medication, she is very supportive. I do not want to be either superman or "Poor George" any more. I want to be a healthy me. Not responding "normally" in terms of drug management within psychiatry is a challenge, and so we all seem to learn the hard way many times. Dr. Warren has been a very good support and has shown unwavering kindness and concern.

Through me, my children and their mother have experienced the horrors of mental illness and bear very deep, soul-destroying scars as a result. The memories they are forced to live with are a punishment I would wish on no one. After what they have endured, there has been a lot to forgive and a great deal of trust to rebuild in order for them to love again, as they do, and it is a tribute to their mother that she has enabled this process to develop as quickly as it has.

My brothers and sister watched as my father suffered from mental illness until he was finally devoured by Alzheimer's. This made them more accepting of me, possibly because they did not have to live with me. My friends, what few I have, are still my friends in their own way.

Mental health touches many people and the hurt and fright that results goes deeper than is realized. Its survivors must be strong-willed people who learn to accept that shattered dreams are a reality. Many do not learn this hard lesson and become victims.

In the process of surrendering to my mental illness, I have been enlightened and introduced to God and his warriors of development and maintenance of planet Earth.

Recovery has been slow and painful, yet rewarding, for I have been that one in a million so many times, breaking so many rules, yet learning to reconnect. I have been introduced to the many systems that comprise our human society, learned about medicine and our economic and social development, and the necessity to

desquelles j'ai perdu une entreprise, j'ai perdu ma carrière dans le secteur forestier, j'ai perdu ma maison et ma famille et j'ai même perdu mon honneur. J'ai été abattu et humilié par la maladie mentale. J'ai été admis à plusieurs reprises dans des services de psychiatrie et j'ai passé près de deux ans dans un hôpital psychiatrique correctionnel pour une infraction à la loi fédérale. J'ai lutté contre des tendances suicidaires, j'ai suivi des traitements aux électrochocs pendant un mois et j'ai même passé quelques jours en prison. Ce fut pour moi un dur réveil dans le monde réel de la douleur et de la cruauté.

Lorsqu'on est perdu dans les méandres de la folie, on rencontre parfois des psychiatres exceptionnels. Jusqu'à présent, j'en ai rencontré deux, un dans l'hôpital correctionnel et un qui m'a aidé à faire des progrès au cours des dernières années, depuis mon arrivée à Truro. La Dre Warren m'a connu pendant mes mauvaises périodes et elle m'a écouté à une époque où je n'arrivais apparemment pas à arrêter de parler. Nous avons établi de saines relations. Elle m'apporte son soutien si je veux changer un dosage ou essayer un autre médicament. Je ne tiens pas à être superman ni « Poor George » non plus. Je veux seulement être en bonne santé. En psychiatrie, le fait de ne pas réagir « normalement » aux médicaments pose un défi en soi et nous apprenons tous souvent à nos dépens. La Dre Warren a été d'un précieux secours et elle a constamment fait preuve d'une grande bonté et d'une grande compassion.

À cause de moi, mes enfants et leur mère ont connu les horreurs de la maladie mentale et ont des cicatrices très profondes qui détruisent l'âme. Les souvenirs avec lesquels ils sont forcés de vivre sont un châtiment que je ne souhaite à personne. Après ce qu'ils ont enduré, il a fallu une forte dose de pardon et de confiance pour reconstruire notre famille et pour qu'ils puissent aimer à nouveau, comme ils le font. C'est grâce à leur mère que ce processus de reconstruction a été aussi rapide, et c'est tout à son honneur.

Mes frères et ma sœur ont vu mon père souffrir de maladie mentale jusqu'à ce que, finalement, il soit anéanti par la maladie d'Alzheimer. Cela leur a permis de mieux accepter mon état, peut-être parce qu'ils n'étaient pas obligés de vivre avec moi. Les quelques amis que j'ai sont toujours mes amis à leur propre façon.

La maladie mentale touche de nombreuses personnes. Les blessures et les craintes qu'engendre la maladie mentale sont beaucoup plus profondes qu'on ne le pense. Pour survivre à la maladie mentale, il est essentiel d'avoir beaucoup de volonté et d'apprendre à accepter que les rêves soient brisés. Beaucoup de personnes n'apprennent pas cette dure leçon et deviennent des victimes.

Au cours du processus d'abandon à ma maladie mentale, j'ai été touché par la grâce et j'ai fait la rencontre de Dieu et de ses guerriers qui luttent pour le développement et la survie de la planète Terre.

Le rétablissement a été lent et douloureux, mais enrichissant, car j'ai été une de ces personnes sur un million qui ont enfreint les règles très fréquemment tout en apprenant à rétablir la communication. J'ai eu des contacts avec les nombreux systèmes qui sont en place dans notre société humaine et j'ai appris

act as guardians of our human resources. My occupational therapist and team leader of the COMPASS team in Truro has been quite a blessing in making the connections to the network of systems one needs to manoeuvre through for recovery: food, shelter, transportation, financial assistance, medicine, various appointments, recreation and grocery runs. He has strong shoulders, a willing ear and a big, sympathetic heart, and is a role model to those who make up the team to which he is a member.

Of all my failures, my deepest regret is the breakup of my family and all the pain and embarrassment created by my journeys of enlightenment through God's magical touch.

I have no visual imagination, but I endeavour to express myself through creative writing, woodworking, forestry realization, financial recognition and personal responsibility of individuals in authority and environmental awareness. These have become my educational tools to spin my web that will keep everyone honest, fair, responsible and aware.

With my personal experience, a willingness to listen and be used by the spirit for goodness, I have been on many journeys to help the less fortunate of our society.

Having a schizoaffective disorder has been a blessing, for it has taken me from riches to rags and shown me the real wealth of mankind. To understand the sacrifices that must be made in order to develop social freedom and to be allowed to experience the difficulties of finding peace and goodness no matter what the obstacle has been a blessing upon my head. My relationship with God cannot be bought with money nor earned without sacrifice. It is a reward. Spirituality and psychiatry can be seen as one and the same if we accept that God allows this to be so. For many, the answer does not lie in medicine alone.

I have two poems that go along with what I have been saying. The first is called *Manic Depression*.

What is it like to be manic depressed
To be in its states that are hard to be expressed?
Lying in bed covered head to toe,
Not knowing what day nor needing to know.
Lost in confusion, not knowing why,
This is a state where it is easy to cry.
Living or dying doesn't matter any more,
The soul has been stripped right down to the core.
Time seems so long in a hospital bed,
A place to have a rest and allow the tears to be shed.
The mind seems to spin in a turmoil of thought,
Memory may return of the battles that have been fought.
Families destroyed and marriages broken,
Because of the actions and the words spoken.
An illness of inheritance of genes to be passed down,
To children of children who may not be able to even frown.
From days to weeks to months on end,
Never knowing how much down time to spend.

beaucoup de choses sur la médecine et sur notre développement économique et social, ainsi que sur la nécessité de devenir des intendants de nos ressources humaines. Mon ergothérapeute, qui est chef d'équipe de COMPASS à Truro, a été pour moi un sauveur car il m'a permis d'établir les contacts avec le réseau de systèmes à travers lesquels il faut manœuvrer pour être sur la voie du rétablissement : alimentation, refuge, transports, aide financière, médicaments, divers rendez-vous, loisirs et emplettes à l'épicerie. Il est solide, il est toujours prêt à écouter et a un grand cœur. C'est un modèle pour les autres membres de son équipe.

De tous mes échecs, c'est mon échec familial que je regrette le plus, et toute la peine et les embarras générés par mes voyages vers la révélation par la touche magique de Dieu.

Je n'ai aucune imagination visuelle, mais je m'efforce de m'exprimer par l'écriture créatrice, le travail du bois, les réalisations forestières, la reconnaissance financière, et la conscience environnementale. Ce sont devenus les outils éducatifs que j'utilise pour tisser ma toile qui permettra à tous de rester honnêtes, équitables, consciencieux et conscients.

Grâce à mon expérience personnelle et à ma volonté d'écouter et d'être l'instrument de l'esprit de la bonté, j'ai fait de nombreux voyages pour aider les moins privilégiés de notre société.

Mes troubles schizo-affectifs ont été une bénédiction car ils m'ont fait passer de l'opulence à la pauvreté et m'ont fait découvrir les vraies richesses du genre humain. Comprendre les sacrifices qu'il est essentiel de faire pour développer la liberté sociale et connaître les difficultés de la recherche de la paix et de la bonté en dépit de tous les obstacles a été pour moi une bénédiction. Mes relations avec Dieu ne peuvent pas être achetées avec de l'argent et elles ne sont possibles qu'au prix de gros sacrifices. C'est une récompense. La spiritualité et la psychiatrie peuvent être considérées comme indissociables si nous acceptons que Dieu l'a permis. Pour de nombreuses personnes, la solution n'est pas liée uniquement à la médecine.

Je voudrais vous lire deux poèmes qui ont des points communs avec les commentaires que je viens de faire. Le premier est intitulé *Manic Depression* (manico-dépression).

À quoi cela ressemble-t-il d'être manico-dépressif
D'être dans des états que l'on a de la difficulté à décrire?
De rester au lit avec la couverture tirée sur la tête sans savoir
quel jour on est et sans avoir besoin de le savoir.
D'être plongé dans la confusion totale sans savoir pourquoi.
C'est un état dans lequel on sombre aisément dans la tristesse.
La vie ou la mort n'ont plus aucune importance,
L'âme a été mise complètement à nu.
Le temps paraît bien long dans un lit d'hôpital,
Un lieu pour se reposer et pour verser des larmes.
Un tourbillon de pensées traversent l'esprit,
Des souvenirs des combats antérieurs remontent parfois à la surface.
Des familles détruites et des mariages brisés,
À cause de certains agissements et de certaines paroles.
Une maladie qui peut être transmise par les gènes,
Des parents aux enfants qui n'auront peut-être même pas la
possibilité de sourcilier.
Pendant des jours ou des semaines, voire des mois,

Pills and needles and therapy to endure,
 To give back your life you had before.
 Activities to be done as a daily routine,
 To help keep the balance for you in between.
 Being down low gives experience with fear,
 That the end of one's life could be ever so near.
 Demons can possess the spirit you know,
 A preparation is made in Heaven for your soul to go.
 Pain and torment, where does it all come from?
 It may have been passed down from your dad or your mom.
 When one has no friends to help pass the day,
 One goes to the window to watch those on their way.
 God is my saviour for my prayers have been heard,
 Of my cries of help that have been answered by his word.
 And now the last one, just the opposite of this, is called,
 "Manic High."

What is it like to be manic high,
 To float like the eagles up in the sky?
 To be wild as the wind in the eye of the storm,
 When one is out in the maze away from the norm.
 Full of energy with no need to rest,
 It is a time when you may be doing your best.
 Reaching beyond what others say is not real,
 For not many know how you must feel.
 Never to be hungry nor needing much sleep,
 Gone is the step now turned to a leap.
 Learning becomes fun, nothing more a bore,
 The higher you get the more you become sure.
 Obsessed about anything that comes to mind,
 It is hard not to do when possessed you may find.
 Blindness forgotten when given new sight,
 The dull life you had now becomes bright.
 Laughter can be displayed whenever before known,
 You may spend many hours on the telephone.
 Money is wasted as if there is no end,
 And no way to stop until there is no more to spend.
 Your inner creativity comes from deep within,
 Why did it take so long? where has it been?
 Writing and art is a privilege to do,
 It does not feel that it could be you.
 A wealth has been given but doesn't last long,
 Everything seems right even though much has been done wrong.
 Floating on the clouds for everyone to see,
 Is a very sick person, bipolar me.

Sans jamais savoir combien de temps durera l'état dépressif.
 Des pilules et des piqûres et de la thérapie à endurer,
 Pour regagner le style de vie que l'on avait avant.
 Des activités quotidiennes,
 Pour aider à garder son équilibre.
 La dépression profonde engendre la crainte
 Que la fin de la vie n'a jamais été aussi proche.
 Des démons peuvent s'emparer de votre esprit,
 Une place est préparée au ciel pour votre âme.
 D'où viennent toute la peine et tous les tourments?
 Ils vous ont peut-être été transmis par votre père ou par votre mère.
 Quand on n'a pas d'amis pour passer la journée,
 On va à la fenêtre pour regarder les autres s'activer.
 Dieu est mon sauveur car mes prières ont été entendues,
 Il a répondu à mes appels à l'aide.
 Et maintenant, la dernière phase, aux antipodes de la dépression, est appelée « phase d'exaltation maniaque ».
 À quoi cela ressemble-t-il d'être dans un état d'exaltation extrême,
 De planer comme les aigles, haut dans le ciel?
 D'être aussi sauvage que le vent dans l'œil de la tempête,
 Lorsqu'on est dans le labyrinthe de « l'anormal ».
 D'être plein d'énergie, sans ressentir le besoin de se reposer,
 C'est une période pendant laquelle il est possible de se dépasser.
 De franchir les limites pour accéder à un monde qui, d'après les autres, n'est pas réel,
 Car ils sont peu nombreux ceux qui savent comment vous devez vous sentir.
 À ne jamais avoir faim et à ne pas avoir besoin de beaucoup de sommeil,
 Le simple pas est maintenant devenu un bond.
 Apprendre devient amusant, ce n'est plus ennuyeux,
 Plus on est exalté, et plus on prend de l'assurance.
 On est obsédé par tout ce qui nous passe par la tête,
 Et vous constaterez que c'est difficile de ne pas l'être lorsqu'on est possédé.
 On oublie qu'on a été aveugle quand on recouvre la vue,
 La vie, d'ennuyeuse, redevient passionnante.
 On peut rire à tout moment,
 On peut passer des heures au téléphone.
 On dépense sans compter, comme si l'argent était inépuisable,
 Et on ne peut pas s'arrêter avant qu'il ne reste plus rien à dépenser.
 Votre créativité intérieure vient du plus profond de vous,
 Pourquoi a-t-il fallu si longtemps pour qu'elle se révèle? Où était-elle donc cachée?
 L'écriture et les activités artistiques sont un privilège,
 On n'a pas l'impression que c'est nous.
 Nous sommes comblés de richesses, mais très momentanément,
 Tout semble être bien, même si on a fait beaucoup de choses de travers.
 Je flotte sur les nuages et tout le monde peut le voir,
 Je suis un bipolaire et je suis très malade.

Mr. Chairman: You are an extraordinary poet, George. Thank you for that. Before I turn to Senator Cochrane, could I just ask for clarification of a couple of factual issues? First, what is COMPASS?

Mr. MacDonald: It is a program that we have in Nova Scotia.

Le président : Vous êtes un poète extraordinaire, monsieur MacDonald. Je vous remercie. Avant de donner la parole au sénateur Cochrane, j'aimerais que vous donniez deux ou trois informations plus précises. D'abord, qu'est-ce que le COMPASS?

M. MacDonald : C'est un programme qui a été mis en place en Nouvelle-Écosse.

Mr. Chairman: Is it an acronym for something?

Mr. MacDonald: They offer rehabilitation and support services.

Mr. Chairman: Are there different branches of the program across the province?

Mr. MacDonald: Yes. The program offers mental health services across Nova Scotia.

Mr. Chairman: Roy, I am fascinated by your comments on the Georgia program, which, as you say, certifies peer specialists, right? You travelled there to study the program. Can you take a couple of minutes to tell us about it? Is it a university or college program? Who actually runs the program? I understand it is funded by the state government, because that is what Medicaid is.

Mr. Muise: Yes, through Medicaid. The program falls under the Department of Human Resources of the State of Georgia. Everyone who takes the training, which is two weeks of very intensive training, obviously is a mental health consumer well on the road to recovery. The CPSs are hired and work within the formal system. It could be within a psychiatric hospital or a mental health clinic — and as well, they have what is known as “peer centres” down there.

As part of the team, CPSs work with individuals, as I said, on goal setting and goal achieving, as well as on ways of staying well. Generally speaking, a CPS would be working with about 30 people at any one time. There are yearly updates in training and things like that as well.

Mr. Chairman: When you were in Georgia, did you meet both with CPSs as well as with some of the people they are helping? I mean, did you get a feel from both sides as to how well this worked?

Mr. Muise: Yes, I did, because a lot of the people that took the training with me were there because of the work that a CPS had done with them, and so I was able to see it from both sides. On the last day of training, they brought in about six CPSs to talk to us, and we really got to hear a lot of what it is like on a daily basis. We also have our own bulletin board on the Internet, so there is constant communication back and forth. I very proudly carry the honour of being “Mr. Canada,” as far as they are concerned, because I am the first person from Canada to take the training.

I should point out, too, that the training is also being offered in South Carolina and Hawaii. Another four or five states are supposed to come on board this year, and Medicaid hopes that within five years every state will have this program.

Mr. Chairman: Who does the actual teaching?

Le président : Est-ce un acronyme?

M. MacDonald : C'est un organisme qui offre des services de réadaptation fonctionnelle et de soutien.

Le président : Y a-t-il trois ramifications différentes du programme à travers la province?

M. MacDonald : Oui. Le programme offre des services de santé mentale dans toute la province.

Le président : Monsieur Muise, je suis captivé par vos commentaires sur le programme de la Georgie qui, d'après vous, accrédite des spécialistes parmi les pairs. Est-ce bien cela? Vous y êtes allé pour étudier le programme. Pouvez-vous prendre deux ou trois minutes pour nous donner des informations sur ce programme? Est-ce un programme universitaire ou collégial? Par qui est-il administré? Je suppose qu'il est financé par le gouvernement de l'État, puisque Medicaid est un organisme de l'État.

M. Muise : Oui, par le biais de Medicaid. Le programme relève du département des ressources humaines de l'État de Georgie. Toutes les personnes qui suivent la formation, qui consiste en une formation très intensive de deux semaines, sont, naturellement, des consommatrices de services de santé mentale en voie de rétablissement. Les spécialistes sont recrutés et oeuvrent dans le système officiel. Ce peut être dans un hôpital psychiatrique ou une clinique de santé mentale. En outre, on a mis en place dans cet État ce que l'on appelle des « peer centres » (centres de pairs).

En tant que membres de l'équipe, ces spécialistes aident des personnes à se fixer des objectifs et à les atteindre et les informent sur les méthodes auxquelles on peut avoir recours pour rester en bonne santé. D'une façon générale, un spécialiste travaille avec une trentaine de personnes au cours de la même période. On a mis en place un système de mise à jour annuelle de la formation et pris d'autres initiatives de ce type.

Le président : Lorsque vous étiez en Georgie, avez-vous rencontré des spécialistes ainsi que quelques-unes des personnes qu'ils aident? Avez-vous entendu l'opinion des deux parties sur l'efficacité de ce système?

M. Muise : Oui, car beaucoup de personnes qui ont suivi la formation avec moi étaient là grâce au travail qu'un pair spécialiste avait fait avec elles. J'ai par conséquent eu la chance d'avoir l'opinion des deux parties. Le dernier jour de formation, on avait invité environ six spécialistes à venir discuter avec nous; ils nous ont donné beaucoup d'information sur la nature de leurs activités routinières. Nous avons également notre propre babillard sur Internet, si bien que la communication réciproque est constante. Je suis très fier d'avoir l'honneur d'être « M. Canada » pour eux, parce que je suis la première personne du Canada à suivre la formation.

Je signale aussi que cette formation est également offerte en Caroline du sud et à Hawaii. Quatre ou cinq autres États devraient s'y ajouter cette année et Medicaid espère que, d'ici cinq ans, ce programme sera en place dans tous les États.

Le président : Qui sont les instructeurs?

Mr. Muise: The teaching is done by a group of mental health consumers who have been trained and who have developed the program. It is under the auspices of the Georgia Department of Human Resources, but the whole thing is consumer-run and-driven.

Mr. Chairman: It is interesting. In all the people we have talked to, we have never heard about it. How did you even hear about it?

Mr. Muise: I heard about it from a fellow mental health consumer living in New Brunswick who stumbled across it on the Internet. I researched the site, and said decided that I had to get down there, because I was just so impressed. What had actually happened was that I signed the online guest book and entered some comments about what I thought about the program, and the next day I got an email from the program director asking me whether I could come to Georgia. This was late October, early November. She told me that they were doing training in December and we would love to have me there, so I ended up going.

Mr. Chairman: And you were gone?

Mr. Muise: I was gone, yes. I was very fortunate at work that, yes, I was able to go.

Mr. Chairman: That is a terrific example because, quite by accident, when we were chatting earlier, I told you all the comments that we had had about peer support groups and consumers, and I had not seen your testimony, so that is quite amazing.

Mr. Muise: Right.

Mr. Chairman: However, what we are discovering, as we go across the country, is that there are really good things taking place, in isolated pockets, but that nobody knows about it. There is no exchange system in place.

Mr. Muise: Exactly.

Mr. Chairman: That is why I was curious as to how you found out. It was kind of an accident that you found out about it, basically.

Mr. Muise: Yes, it was an accident.

Mr. Chairman: That seems to be happening everywhere.

Senator Pépin: Is the CPS course expensive?

Mr. Muise: No, it is not very expensive at all. They realize, of course, that many of the consumers could not afford the expense of taking the course. They charge only \$75 for the training itself, but, mind you, you also have to be able to afford to get to where the training is and to be there for two weeks.

Mr. Chairman: And live there, yes.

Mr. Muise: Quite often, a clinic or a hospital will actually pay that part of it, but the training itself is very reasonable, yes.

M. Muise : Les cours sont donnés par un groupe de consommateurs de services de santé mentale qui ont reçu une formation et ont élaboré le programme. Ce programme est placé sous les auspices du département des ressources humaines de la Georgie, mais c'est un programme entièrement élaboré et administré par les consommateurs de services.

Le président : C'est intéressant. Nous n'en avions encore jamais entendu parler. Comment avez-vous appris l'existence de ce programme?

M. Muise : C'est un consommateur de services de santé mentale du Nouveau-Brunswick avec lequel j'ai bavardé sur Internet qui m'en a parlé. J'ai fait une recherche sur le site et j'ai décidé d'aller en Georgie, parce que j'étais très impressionné. En fait, j'ai signé le livre d'invités en ligne en faisant quelques commentaires sur ce que je pensais du programme et, le lendemain, j'ai reçu un courriel de la directrice du programme me demandant si je pouvais aller en Georgie. C'était vers la fin d'octobre, début de novembre. Elle m'a dit qu'elle faisait un cours de formation en décembre et qu'elle aimerait beaucoup que j'y participe. J'y suis donc allé.

Le président : Et vous y êtes allé?

M. Muise : Oui. J'ai eu la chance que mon employeur m'y laisse aller.

Le président : C'est un excellent exemple parce que, comme je vous l'ai signalé plus tôt, nous avons entendu des commentaires de nombreux groupes de soutien et consommateurs de services et je n'avais encore pas entendu de témoignage semblable au vôtre. C'est ahurissant!

M. Muise : Oui.

Le président : Cependant, nous constatons, au cours de nos déplacements à travers le pays, que d'excellentes initiatives sont mises en oeuvre, mais personne n'est au courant. Aucun système d'échange d'information n'a été mis en place.

M. Muise : Exactement.

Le président : C'est pourquoi j'étais curieux de savoir comment vous en aviez entendu parler. C'est en quelque sorte par hasard que vous en avez entendu parler.

M. Muise : Oui, par hasard.

Le président : Il semblerait que l'on mette de telles initiatives en place un peu partout.

Le sénateur Pépin : Est-ce que ce cours est coûteux?

M. Muise : Non, il n'est pas coûteux du tout. Les responsables sont naturellement conscients du fait que la plupart des consommateurs n'ont pas les moyens de se payer le cours. Ils ne demandent que 75 \$ pour la formation comme telle, mais il faut par ailleurs avoir les moyens de se payer le voyage et un séjour de deux semaines.

Le président : Oui, de séjourner sur place.

M. Muise : Généralement, une clinique ou un hôpital paie cette partie des frais, mais les frais d'inscription au cours proprement dit sont très raisonnables.

Senator Cochrane: I want to make a general comment. Of all the things that we have heard about mental health in years gone by, and we have heard about shock treatment and the rest of it, we still are doing something good. You are here today. You are telling us your stories and they are real stories — and you can tell it without any fear or hesitation. Mr. Chairman, I think that is wonderful. I do. We have come a long way, when you consider that, even 20 years ago, you could never do this. It is just wonderful. Here you are today. There is an audience here, and senators from Ottawa are here listening to your stories. It is marvellous.

George, your poems should be published. There has to be a publisher out there that would print your poems, because they are the best I have ever heard. We have to get a publisher to look at you. We really do. I am serious about that.

Susan, you talked about funding. We heard from a group last week — I think the lady was from Toronto, Judy Hill; the chairman knows her quite well, I am sure. Judy was talking about raising funds for addiction, and she is coming here to the East Coast in the fall. She is with a non-profit organization, but she does collect funds for this organization. One of the things she told us is that few people apply for research grants. You never know, Roy, you might qualify, going to places like this centre. Just remember her name, Judy Hill.

We have to relay some information to people like you here today, because you can avail yourselves of it, right? Some of the research that is done, she said, as, of course, you all know, will sit on shelves and collect dust. We cannot let that happen. If there is any research in your hands, make sure that as many centres or many churches or as many groups as possible get it — latch onto it and use it. I am not here dictating, Mr. Chairman. I hope this is okay with you.

Somebody mentioned schools. We were saying last week that there should be something within the school system, and I totally agree. I cannot remember who mentioned schools this morning, but school personnel should be educated in how to handle and how to detect these problems at a young age. If you have any input whatsoever with school principals, superintendents and so on, you should make that fact known, because the teachers have to be educated as well as all the educators, in how to detect mental illness in young people, in children.

Do you really think that mental disorders are inherited?

Le sénateur Cochrane : Je voudrais faire un commentaire d'ordre général. Parmi les méthodes employées en santé mentale au cours des années antérieures dont nous avons entendu parler, et nous avons souvent entendu parler de traitement par électrochocs et d'autres types de traitement, il reste d'excellentes initiatives. Vous êtes ici aujourd'hui. Vous nous racontez votre histoire et ce sont des histoires vraies. Vous pouvez raconter votre histoire sans crainte ou sans hésitation. Monsieur le président, je trouve cela formidable. Vraiment. Nous avons accompli des progrès considérables, quand on pense qu'il y a 20 ans à peine, on n'aurait jamais pu faire ce que nous faisons aujourd'hui. C'est tout simplement formidable! Vous participez aux audiences du comité et des sénateurs d'Ottawa écoutent votre histoire. C'est formidable!

Monsieur MacDonald, vos poèmes devraient être publiés. Il doit bien y avoir quelque part un éditeur qui serait disposé à publier vos poèmes car ce sont les meilleurs que j'aie jamais entendus. Nous devons vous trouver un éditeur. Vraiment. Je suis sérieuse.

Madame Roper, vous avez parlé de financement. La semaine dernière, nous avons entendu le témoignage d'un groupe — je pense que la dame, Judy Hill, était de Toronto et le président la connaît très bien, j'en suis sûre. Mme Hill parlait de levées de fonds pour la lutte contre la toxicomanie. Elle doit venir sur la côte est à l'automne. Elle travaille pour un organisme sans but lucratif, mais elle recueille des fonds pour cet organisme. Un des commentaires qu'elle a fait est que peu de personnes présentent des demandes de bourse de recherche. On ne sait jamais, monsieur Muise, vous pourriez être admissible et recevoir une bourse pour aller à des endroits comme ce centre. N'oubliez pas le nom de cette dame, Judy Hill.

Il est essentiel que nous communiquions de l'information à des gens comme vous, parce que vous pouvez l'utiliser. D'après cette dame, certaines études qui sont faites resteront naturellement, comme vous le savez, sur les étagères et ramasseront la poussière. Nous ne pouvons pas tolérer cela. Si vous avez des études en main, assurez-vous que le plus grand nombre possible de centres ou de groupes religieux ou d'autres groupes y aient accès et s'en servent. Je ne dicte pas mes volontés, monsieur le président. J'espère que vous n'avez aucune objection à ce que je parle ainsi.

Quelqu'un a mentionné les écoles. Nous disions, la semaine dernière, qu'il faudrait mettre des initiatives en place dans le système scolaire, et je suis entièrement d'accord. Je ne sais plus qui a mentionné les écoles ce matin, mais le personnel scolaire devrait recevoir une formation qui lui permettrait de savoir comment déceler ce type de problème dès le jeune âge et comment réagir. Si vous avez des contacts avec des directeurs d'école, des surintendants, et cetera, vous devriez le faire savoir, car il est essentiel de donner aux enseignants et aux éducateurs une formation qui leur permette de déceler la maladie mentale chez les jeunes et chez les enfants.

Pensez-vous vraiment que les troubles mentaux soient héréditaires?

Mr. Muise: I often wondered whether there was some genetic predisposition to mental illness. My mother went through a period of depression, but that was more situational. I found out within the last month, from a relative, just how much depression has been in my family, before me, but, of course, back then, it was always kept quiet. I had a favourite aunt, and I just found out that she missed a whole year of school because of depression back in the 1930s. Several other family members were similarly affected.

To me, finding that out was like finding another piece in that puzzle, because I now realize that there is mental illness on both sides of my family — which has probably had a bearing on what has happened with me.

Mr. Chairman: Susan, do you want to comment on that, in light of the experience with your daughter?

Ms. Kilbride-Roper: Certainly. People talk about nature versus nurture — in other words, the home in which an individual is raised, in combination with genetics. In both of our cases, we were predisposed to mental illness because of family history. I have an uncle who was diagnosed with bipolar disorder, and that was not known to me until I went public to my entire family, a very large, Irish Catholic family from P.E.I. on both sides, because of my concern about the children of my cousins, of my aunts and my uncles and so on coming across this disorder and not identifying it as quickly as they should. Since that time, people have come to me quietly, on their own, because they are not, some would say, as foolhardy to give out this information, and have confided to me that this is, in fact, the case with them. I have learned that my grandmother on my father's side spent the last three years of her life in bed, but the word "depression" was never used. So, on both sides of my family, there is mental illness.

With regard to my daughter, yes, I was told that, statistically, there was a 50 per cent chance that she would at least suffer from depression, if not bipolar or unipolar depression, and in fact she does. I mentioned that I had an addiction. When my daughter was in her early to mid-teens, I went through a real crisis period with alcohol, a behaviour that would surely affect a child. Hence, there is a great deal to be said for genetic predisposition, but there is also something to be said for the circumstances in which someone grows up.

Senator Cordy: I wish to thank all of you for attending here; it is not always easy to tell your stories over and over again. Some might think that members of this committee, having heard stories like yours for the past year and a half, would become, I do not want to say hardened, but somewhat immune to them. However, I must tell you that it tears my heart out when I hear

M. Muise : Je me suis souvent demandé s'il n'y avait pas certaines prédispositions génétiques à la maladie mentale. Ma mère a eu une période de dépression, mais c'était plus circonstanciel. Un membre de la famille m'a appris, au cours du dernier mois, que la dépression était très présente dans ma famille, mais qu'à l'époque, on n'en parlait jamais. J'ai appris dernièrement que ma tante favorite avait manqué l'école pendant toute une année pour cause de dépression, dans les années 30. Plusieurs autres membres de ma famille étaient également touchés.

Pour moi, cette nouvelle était comme la découverte d'une pièce supplémentaire du casse-tête, parce que je sais maintenant que la maladie mentale est présente dans ma famille, des deux côtés — et que cela a probablement eu une influence sur mon état.

Le président : Madame Roper, voulez-vous faire des commentaires à ce sujet, compte tenu de l'expérience que vous avez eue avec votre fille?

Mme Kilbride-Roper : Certainement. On oppose l'influence de la nature à celle de l'éducation — en d'autres termes, cet état serait lié au milieu familial dans lequel un individu est élevé, et à certains facteurs génétiques. Ma fille et moi étions prédisposées à la maladie mentale en raison de nos antécédents familiaux. J'ai un oncle chez lequel le trouble bipolaire avait été diagnostiqué. Je l'ignorais jusqu'à ce que je parle de mes problèmes à toute ma famille, qui est une très grande famille, une famille catholique irlandaise de l'Île-du-Prince-Édouard, des deux côtés, car je me faisais du souci au sujet des enfants de mes cousins et cousines, de mes tantes et de mes oncles et je craignais que ce trouble les affecte et qu'il ne soit pas décelé assez rapidement. Depuis lors, les membres de ma famille me confient petit à petit leurs problèmes personnels, individuellement, parce qu'ils ne sont pas aussi audacieux que moi pour révéler cette information. Ils m'ont confié qu'en fait, ils avaient également ce type de problème. J'ai appris que ma grand-mère du côté paternel avait passé les trois dernières années de sa vie au lit, mais le mot « dépression » n'a jamais été prononcé. Par conséquent, la maladie mentale est présente dans ma famille, du côté paternel et du côté maternel.

En ce qui concerne ma fille, on m'avait signalé que, sur le plan statistique, les probabilités qu'elle souffre au moins de dépression, voire de dépression bipolaire ou unipolaire, étaient de 50 p. 100, et c'est bien le cas. J'ai mentionné que j'avais une toxicomanie. Lorsque ma fille était âgée d'une quinzaine d'années, j'ai traversé une crise aiguë d'éthylisme et j'avais un comportement qui avait certainement des incidences néfastes sur une enfant. Par conséquent, si l'on peut mettre en cause les prédispositions génétiques, il faut également tenir compte du milieu dans lequel un enfant est élevé.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie d'avoir accepté notre invitation; ce n'est pas toujours facile de raconter continuellement votre histoire. Certaines personnes pourraient croire qu'après avoir entendu des histoires comme la vôtre pendant un an et demi, les membres du présent comité seraient, je ne dirais pas endurcis, mais, en quelque sorte, immunisés. J'avoue toutefois que cela me

these stories, particularly ones that are unfolding recently, 2004 or even 2005. Yes, we have come a long way, but we have one heck of a long way to go in this field.

Sheila, when you related your story about your employer's reaction, even in 2004 in Halifax, which is where I am from, it really hurt. I suppose I can understand some employers not being knowledgeable about mental illness, but not an employer in the field of health care and public service and government. You told us that your only support came from a NSGEU representative, whom one would expect to be knowledgeable about mental illness. The fact that you had no support is shocking. Is that changing? I understand you were experiencing this recently, in 2004. Is anything good coming of what you have gone through?

Ms. Hayes Wallace: I have had a consciousness raising experience — as they used to say in the so-called women's liberation days. I have learned that what is written on paper is not the same as what is done in practice. I have also learned that it takes an enormous amount of strength and bloody stubbornness to insist on your rights. I do know of others in my circumstance — again, wonderful nurses, who do not have my Cape Breton stubbornness, or whatever it is that sustains me — who have gone through their period of long-term disability with some attempts to improve, but not much support, and so they have left the hospital and have found other employment in nursing, but are not still working for the same employer. They took great skills with them. It is really tough to be at work when you have “come out,” or whatever the appropriate term is — “out of the bedroom.” You remove the sheet from your head and you say, “I am depressed,” you get help. People at work know why you are off work — because you do not have a limp or sutures or whatever and when you return — and you get treated a little differently, everybody is “concerned.”

They are really concerned for you, so concerned in fact that they do not talk to you directly but to your manager. They say things like, “She is not getting a break on time” or “She does not seem organized like she used to be.” It becomes a self-fulfilling prophecy, because now you are trying to get everything done because, God knows, if you do not, somebody will be in the office the next day saying, “She did not leave till 11:30 last night; she was supposed to be off at eleven o'clock.” It is hell to work in this environment of, “Not in my backyard. She should go somewhere else.” Well, damn it, I tried to go somewhere and “somewhere” did not want me either.

I called everybody for help. I would have called God. I called the Human Rights early on, and a very nice gentleman on the phone said, “Well, you probably do have a case, but I expect that your union will be more effective.” Well, that is not true, because my situation is not the union's sole focus. The union's focus is on different issues, seniority, wages, benefits or whatever. However,

déchire le cœur d'entendre ces histoires, surtout les plus récentes, celles qui concernent les années 2004, voire 2005. Nous avons effectivement accompli des progrès considérables, mais il nous en reste encore beaucoup à accomplir.

Madame Wallace, l'épisode de votre histoire concernant la réaction qu'a eue votre employeur, en 2004, à Halifax, qui est ma ville d'origine, est déchirant. J'admettrais peut-être ce type de réaction de la part de certains employeurs qui ne sont pas très informés sur la santé mentale, mais pas d'un employeur du secteur des soins de santé ni du secteur de la fonction publique. Vous avez dit que le seul appui que vous ayez obtenu est celui d'une représentante du NSGEU qui devrait normalement être bien informée sur la santé mentale. L'absence d'appui est révoltante. Est-ce que cela change? Je pense que cet épisode est récent, qu'il date de 2004. Est-ce que les épreuves que vous avez dû endurer ont servi à quelque chose?

Mme Hayes Wallace : J'ai fait une expérience de conscientisation — comme on disait à l'époque de la libération de la femme. J'ai appris que ce qui est écrit sur papier ne correspond pas à ce qui se fait en pratique. J'ai également appris qu'il faut une grande force de caractère et beaucoup de persévérance pour faire respecter ses droits. Je connais d'autres infirmières qui sont dans la même situation que moi — des infirmières très dévouées qui n'ont pas l'entêtement d'une personne originaire du Cap-Breton ou quelque autre motivation — qui ont fait pendant leur période d'invalidité de longue durée quelques tentatives pour améliorer la situation sans toutefois recevoir beaucoup d'appui et qui ont par conséquent quitté l'hôpital et trouvé un autre emploi dans le domaine des soins infirmiers, mais plus pour le même employeur. Elles ont emporté avec elles des compétences très précieuses. C'est très pénible d'être au travail quand on est « sortie du placard ». On cesse de se cacher et on dit « je suis déprimée » et on reçoit de l'aide. Les collègues de travail savent pourquoi vous êtes absente — car vous ne boitez pas ou vous n'avez pas des points de suture à votre retour — et on vous traite quelque peu différemment. Tous vos collègues sont « préoccupés ».

Ils sont réellement préoccupés pour vous, à tel point qu'ils ne vous parlent pas directement, mais qu'ils parlent à votre supérieur. Ils disent par exemple « elle ne prend pas sa pause à l'heure » ou « elle n'est apparemment plus aussi bien organisée qu'elle l'était ». C'est en quelque sorte une prophétie qui s'exauce parce que l'on tente de tout faire, sinon on ne sait jamais si quelqu'un n'ira pas dire ceci le lendemain travail : « Elle n'est pas sortie avant 11 h 30 hier soir; elle devait normalement quitter à 11 heures ». C'est l'enfer de travailler dans une telle ambiance, dans un milieu où l'on ne veut pas de vous et où l'on pense que vous devriez aller ailleurs. Pardi, j'ai bien essayé de trouver un emploi ailleurs, mais on ne voulait pas de moi là non plus.

J'ai téléphoné à tout le monde pour obtenir de l'aide. J'aurais téléphoné à Dieu. J'ai téléphoné à la Commission des droits de la personne dès le début et un monsieur très aimable m'a répondu ceci : « Votre plainte est probablement fondée, mais je pense que votre syndicat sera plus efficace ». Ce n'est pas vrai, parce que ma situation n'est pas le seul sujet de préoccupation du syndicat. Les

when they negotiated benefits for the people who needed accommodation in the workplace, I do not think they were looking very carefully at mental illness. When I spoke to our human resources representatives, who said to me, “Doesn’t every nurse in the hospital want a day job?”, I could have eaten him alive. I did not care what they wanted; I needed one. I needed regular sleep and regular hours and time with my family. I was insulted and belittled and humiliated all the way. You can probably tell that I still have a lot of anger about that, but I am, I promise you, going to channel that anger into a lot of action. I am going to be an advocate. No one is going to have to suffer and tough their way through this again, not if I can stand up for them.

Senator Cordy: You are well educated and determined. Not everybody with a mental illness has the resources, particularly if they are depressed or suffering some other form of mental illness, to fight the battle that you have fought. How can you change this? I mean, I am shocked that it is a public service, a government agency, a health care agency, that has done this.

Ms. Hayes Wallace: Mental health advocacy is fairly young. Addiction advocacy, going all the way back to Alcoholics Anonymous, has a long history. It is established. Reaction to physical disabilities, as we know, was long in coming. How many corporations and businesses resisted putting ramps and elevators in place? Well, the business community did not collapse, and now it is possible for people in wheelchairs and those who are hearing and visually impaired to work. Well, you know what? Now we need the equivalent for people who have mental needs. We need our own “ramps,” for want of a better word.

Mr. Chairman: One of the reasons I deliberately mentioned physical disabilities earlier is to point out that, in basically one generation, public attitudes have dramatically changed on that issue — and you are absolutely right, the world was going to fall apart as far as the business community was concerned. “What do you mean, we have to put curbs on sidewalks and put ramps into every building?” Today, people do not even think about it. A contractor who erects a building today automatically installs washrooms that take wheelchairs. It is not even on anybody’s agenda any more, because it automatically gets done. Hence, it is obviously possible to effect change.

intérêts du syndicat sont axés sur des questions différentes comme l’ancienneté, la rémunération, les avantages sociaux, et cetera. Je pense toutefois que lorsque les syndicats ont négocié les prestations pour les personnes nécessitant une adaptation à leurs besoins au travail, ils n’ont pas examiné très attentivement le problème de la maladie mentale. Lorsque j’en ai parlé à notre représentant des ressources humaines, il m’a dit : « Est-ce que toutes les infirmières qui travaillent à l’hôpital ne veulent pas un poste de jour? »; j’aurais pu le manger tout cru. Je n’avais rien à faire de leurs exigences. J’avais besoin d’un emploi de jour. J’avais besoin de sommeil régulier et d’heures régulières et de temps libre à consacrer à ma famille. J’étais outrée et je me sentais profondément méprisée et humiliée. Vous remarquez probablement que je ressens encore beaucoup de colère mais, je vous le promets, je canaliserai cette colère pour la transformer en actes. Je prendrai la défense de mes pairs. Pas une personne ne souffrira et ne traversera plus le type d’épreuves que j’ai connues, pas si je peux prendre sa défense en tout cas.

Le sénateur Cordy : Vous êtes très instruite et très volontaire. Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de maladie mentale qui ont les ressources que vous avez pour mener le combat que vous avez mené, surtout si elles sont déprimées ou souffrent d’autres types de maladies mentales. Comment pouvez-vous provoquer le changement? Je suis outrée d’apprendre que cela se passe dans la fonction publique, dans un organisme gouvernemental, dans un établissement de soins de santé.

Mme Hayes Wallace : La promotion et la défense des droits des personnes atteintes de maladie mentale sont relativement récentes. La défense des toxicomanes a des origines lointaines et remonte à la création d’Alcooliques Anonymes. Elle est bien établie. Comme nous le savons, en ce qui concerne les déficiences physiques, les réactions se sont faites longtemps attendre. Bien des sociétés et des entreprises se sont opposées à l’installation de rampes et d’ascenseurs. Pourtant, le monde des affaires ne s’est pas écroulé et les personnes en chaise roulante ou celles qui ont un handicap auditif ou visuel ont maintenant la possibilité d’occuper un emploi. Eh bien, il est maintenant essentiel de prendre des initiatives équivalentes pour les personnes qui ont des besoins particuliers en raison d’une maladie mentale. Il est essentiel que nous ayons nos propres « rampes », à défaut de trouver un meilleur terme.

Le président : Une des raisons pour lesquelles j’ai volontairement fait mention des déficiences physiques tout à l’heure est que je voulais signaler qu’en une génération à peu près, les attitudes du public ont radicalement changé. Vous avez parfaitement raison, les milieux d’affaires pensaient que le monde allait s’effondrer. On protestait contre l’obligation d’aménager les trottoirs et d’installer des rampes d’accès à pratiquement tous les édifices. Aujourd’hui, on n’y pense même plus. Un entrepreneur qui construit un édifice installe automatiquement des toilettes accessibles aux personnes en chaise roulante. Ce n’est même plus au programme car c’est devenu systématique. Il est donc, de toute évidence, possible de provoquer le changement.

However, you are right — in terms of attitudes toward mental illness, we are back where we were with physical disabilities 20 or 25 years ago.

Senator Cordy: A number of you spoke about public education campaigns. In my other life, I was a teacher, where we certainly had campaigns on healthy hearts and physical fitness, anti-smoking, anti-drugs, but we really did not talk about mental illness, nor did we look at the possibility of co-morbidity in terms of drug education. How do you see that type of education happening and when? I taught elementary school and, certainly, in elementary school, we did all types of things related to drugs and smoking and alcohol and those topics, but, again, mental health issues were not in the forefront of any information coming to teachers.

Ms. Kilbride-Roper: All levels of education, starting from a very young age, should include information on mental health when children are introduced to health topics. There has been some work done in this regard. I know the Canadian Mental Health Association has two publications, one for school students and one for university students, talking about mental illness and how to cope in the school system. However, it could be introduced even earlier, to the early grades. This should include education for teachers as well as guidance counsellors. There should be in-service days dedicated specifically to mental health and how to look for warning signs in the young.

There are good programs in hospitals and in youth programs, but that is when people are already in crisis. We need to think about what we can do for people before they reach a crisis. I believe money should be allocated through the health care system on having experts, like CMHA, like the Consumers in Action program, come into the schools and educate the teachers and guidance counsellors on what to look for at an early age. Some teachers now are educated to look at attention deficit disorder, but there are other disorders that they can be watching for as well.

Senator Cordy: What about the judicial system for young offenders? I know the judicial system is aware that many young offenders are addicted to drugs or to alcohol, or to both. Are they being trained to look at the possibility of co-morbidity, that, if a young offender is addicted, there is a possibility of a mental illness? Do you know that?

Vous avez toutefois raison; en ce qui concerne les attitudes à l'égard de la maladie mentale, nous en sommes à peu près au même point qu'il y a 20 ou 25 ans, en ce qui concerne les déficiences physiques.

Le sénateur Cordy : Plusieurs d'entre vous ont parlé des campagnes de sensibilisation publique. Dans mon autre vie, lorsque j'étais enseignante, on menait beaucoup de campagnes pour la santé cardiaque et pour la bonne forme physique, des campagnes antitabac, des campagnes antidrogue, mais on ne parlait pas vraiment de maladies mentales et on n'examinait pas la possibilité de comorbidité dans le contexte de la sensibilisation aux effets néfastes des drogues. Comment concevez-vous ce type de sensibilisation et quand pensez-vous que l'on devrait amorcer une campagne? J'ai été enseignante au niveau primaire et nous avions toutes sortes d'activités qui se rapportaient aux drogues et au tabac, ainsi qu'à l'alcool et à d'autres sujets semblables, mais les enseignants ne donnaient jamais beaucoup d'information sur les problèmes de santé mentale.

Mme Kilbride-Roper : Les programmes scolaires, à tous les niveaux, à partir d'un très jeune âge, devraient inclure de l'information sur la santé mentale dans le contexte de l'initiation des enfants aux questions de santé. Un certain travail a été accompli à cet égard. Je sais que l'Association canadienne pour la santé mentale a deux publications, l'une pour les élèves du primaire et du secondaire et l'autre pour les étudiants de niveau universitaire, portant sur la santé mentale et donnant des conseils sur la survie en milieu scolaire lorsqu'on est atteint d'une maladie mentale. Cette information aurait toutefois pu être présentée à des classes plus jeunes. Ce type d'initiative devrait inclure également une formation pour les enseignants ainsi que des conseillers en orientation. Il serait essentiel de prévoir des journées consacrées spécialement à la santé mentale et à la détection des premiers signes de maladie mentale chez les jeunes.

D'excellents programmes ont été mis en place dans les hôpitaux et il existe des programmes pour les jeunes, mais ils s'adressent aux personnes qui sont déjà en état de crise. Il est essentiel de penser à ce que l'on peut faire pour aider les personnes avant qu'elles ne soient en état de crise. Je pense qu'il faudrait affecter des fonds par le biais du système des soins de santé pour que des experts, notamment des membres de l'Association canadienne pour les maladies mentales, ou des membres du programme Consumers in Action, aillent dans les écoles pour assurer la formation des enseignants et des conseillers en orientation et les mettent au courant des signes révélateurs chez les jeunes. Certains enseignants ont actuellement reçu une formation pour déceler les signes d'hyperactivité avec déficit de l'attention, mais ils pourraient également être vigilants pour déceler d'autres types de troubles.

Le sénateur Cordy : Et que pensez-vous du système judiciaire pour jeunes contrevenants? Je sais que le système judiciaire est conscient du fait que de nombreux jeunes contrevenants sont alcooliques ou toxicomanes, ou les deux. Ont-ils reçu une formation pour étudier les possibilités de comorbidité, c'est-à-dire les possibilités qu'un jeune toxicomane soit atteint d'une maladie mentale? Le savez-vous?

Mr. Muise: There is some work, I think, being done in Ontario and New Brunswick around that issue. It is generally around the courts for any age, but it is certainly an area where a lot of work has to be done. I am pleased because I just heard last week while I was in Ottawa that a task group, if that is the right term, is being organized, with representatives from Health Canada, Justice Canada, Human Resources and whatnot, to start looking at mental health and mental illness, recognizing that it is not just one government department that needs to be involved.

Mr. Chairman: Who did you hear that from? Do you know?

Mr. Muise: I was in Ottawa last week, with the Canadian Mental Health Association. We did our "charge on the Hill," and we got to meet with various senators and members of Parliament during the week to talk about mental health issues. At a couple of those meetings, it was mentioned, possibly through Health Canada. Michael Wilson was appointed and it is proceeding from there.

Mr. Chairman: Yes, and we have been leaning on people.

Mr. Muise: Exactly, and someone said last week that the other departments had either appointed or were in the process of appointing people.

Senator Cordy: By the way, that was an excellent program to educate politicians about mental illness, even though I kept you in my office far longer than I know had been planned.

Mr. Muise: Well, we almost got an award for being in the longest, but we enjoyed it.

Senator Cordy: My next question has to do with work programs, Susan and Roy, you both spoke about volunteering and how it helped you to get a job. Are there programs in Nova Scotia to help those who have suffered a mental illness, to step back into the workplace or, in fact, for younger people, perhaps male schizophrenics who are first diagnosed in their late teens and who may never have been in the workforce?

Mr. Muise: If we have any programs in Nova Scotia, I certainly am not aware of them. The only places that have anything at all are organizations that deal with mental health and mental illness. I am not aware of any other programs. I consider myself very fortunate to be working, and I can tell you how important it is to get back into the workforce. During the 1990s, when I was particularly ill, and even later, I was averaging one and two hospitalizations a year. In 2001, I spent Victoria Day weekend in the hospital. Six weeks later, I began working at the job that I have now. I have a very supportive workplace — and also have not been in hospital since, so nobody has to convince me that there is a connection.

M. Muise : Je pense que certaines études sont en cours en Ontario et au Nouveau-Brunswick. C'est généralement dans le milieu judiciaire que cela se fait, pour tous les âges, mais c'est indéniablement un domaine où il reste beaucoup de travail à faire. Je suis heureux parce que j'ai appris la semaine dernière, pendant que j'étais à Ottawa, qu'on est en train d'établir un groupe de travail, si c'est le bon terme, composé de représentants de Santé Canada, de Justice Canada, de Ressources humaines et de divers autres organismes qui seraient chargés d'examiner la santé mentale et la maladie mentale, compte tenu du fait que ce domaine ne relève pas d'un seul ministère.

Le président : Qui vous l'a appris? Le savez-vous?

M. Muise : J'étais à Ottawa la semaine dernière, avec l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous avons fait notre « assaut de la Colline » et nous avons rencontré divers sénateurs et députés au cours de la semaine pour discuter de questions touchant la santé mentale. C'est à deux ou trois de ces réunions que nous avons appris cela, peut-être de la bouche de représentants de Santé Canada. Michael Wilson a été nommé et le processus est en cours.

Le président : Oui, et nous nous sommes appuyés sur diverses personnes.

M. Muise : Exactement et quelqu'un a dit la semaine dernière que les autres ministères avaient nommé ou étaient en voie de nommer leurs représentants.

Le sénateur Cordy : À ce propos, je signale que c'était un excellent programme pour sensibiliser les politiciens aux questions liées à la santé mentale, même si je vous ai retenu dans mon bureau beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez prévu.

M. Muise : Nous avons presque reçu un prix pour être restés le plus longtemps, mais nous avons apprécié cette discussion.

Le sénateur Cordy : Ma question suivante concerne les programmes de travail. Madame Roper et monsieur Muise, vous avez parlé l'un et l'autre de bénévolat et vous avez signalé que cela vous avait aidés à trouver un emploi. A-t-on mis en place en Nouvelle-Écosse des programmes visant à aider des personnes qui avaient souffert d'une maladie mentale à réintégrer le marché du travail ou à aider les jeunes, peut-être des jeunes schizophrènes dont le premier diagnostic est établi à l'approche de la vingtaine et qui n'ont peut-être jamais été sur le marché du travail?

M. Muise : En tout cas, si des programmes ont été mis en place en Nouvelle-Écosse, je ne suis pas au courant. Les seuls endroits où certains programmes ont été mis en place, c'est dans des organismes du secteur de la santé mentale et de la maladie mentale. Je ne suis au courant d'aucun autre programme. Je me considère comme très chanceux d'avoir un emploi et c'est très important de pouvoir réintégrer le marché du travail. Pendant les années 90, lorsque j'étais très malade, et même plus tard, j'ai été hospitalisé en moyenne une ou deux fois par an. En 2001, j'ai passé la fin de semaine de la Fête de Victoria à l'hôpital. Six semaines plus tard, je commençais à travailler dans l'emploi que j'occupe actuellement. Mon milieu de travail m'aide beaucoup —

As to formal programs, I do not know of any. I was at a one-day conference — this was a few years before I started work — that related to things in place for people with disabilities to get back into the workplace. I sat there all day, hearing all about special computers, special seating, and the like, and I got up at the end and I said, “You know, I have heard some really wonderful stuff today, but I have yet to hear of anything to do with my disability.” Everyone looked at me, and I said, “I have a mental illness and I have heard nothing today about helping myself get back into the workplace.” There were government officials and business representatives present, and no one could come up with anything.

Senator Cordy: Susan, do you think it would be beneficial to have a program to help people enter or re-enter the workplace?

Ms. Kilbride-Roper: Definitely. Are you speaking particularly about youth now, or mental health consumers in general?

Senator Cordy: Just overall, yes.

Ms. Kilbride-Roper: Definitely. I think it has to be reviewed at all levels, but if you are talking about volunteering and other methods for getting people back in the work place, this needs a lot of work. For the five years that I worked in the non-profit sector, I worked in the area of addressing employment issues for people with cross-disabilities — and only a very small number of the people I dealt with were mentally ill. There are agencies that do work with mental health consumers, like city employment services here in the province, but they are few and far between. Most of the employment services are for people with physical disabilities, and, as Roy said, most or all of the workplace accommodations are geared to them. So, there needs to be a lot more work, a lot of research and programs put in place. I am not sure how they would look, but they do need to be put in place.

Senator Cordy: George, when you spoke to us this morning, you talked to us about the hardships that your family had gone through, your children. In cases of alcoholism, there is a program called Al-Anon where families can get support. Is there any support for family members of somebody suffering from a mental illness?

Mr. MacDonald: I have not been to them, but I know they do have programs, family support groups and everything else. My family did not want to be involved in that. I do not know why.

je n’ai plus été hospitalisé depuis et, par conséquent, personne n’a à me convaincre qu’il y a un lien entre ce fait-là et le fait d’avoir un emploi.

Quant à des programmes officiels, je n’en connais aucun. Il y a quelques années, avant de commencer à travailler, j’ai assisté à une conférence d’un jour portant sur l’infrastructure qui était en place pour aider les personnes invalides à réintégrer le marché du travail. J’ai entendu parler toute la journée d’ordinateurs spéciaux, de sièges spéciaux, et cetera, et, en fin de journée, je me suis levé et j’ai dit ceci : « J’ai entendu des choses très intéressantes aujourd’hui, mais je n’ai pas encore entendu parler d’une initiative concernant le type d’invalidité dont je souffre ». Toute l’assistance m’a regardé et j’ai dit ceci : « J’ai une maladie mentale et je n’ai entendu parler aujourd’hui d’aucune initiative qui pourrait m’aider à réintégrer le marché du travail ». Des fonctionnaires et des représentants des milieux d’affaires étaient présents et personne n’a pu citer une seule initiative dans ce domaine.

Le sénateur Cordy : Madame Roper, pensez-vous qu’il serait intéressant de mettre en place un programme visant à aider les personnes à avoir accès au marché du travail ou à le réintégrer?

Mme Kilbride-Roper : Certainement. Parlez-vous spécifiquement des jeunes ou des consommateurs de services de santé mentale en général?

Le sénateur Cordy : Je parle de façon générale.

Mme Kilbride-Roper : Certainement. Je pense que la question doit être examinée à tous les niveaux mais, si vous pensez au bénévolat et à d’autres méthodes visant à aider les personnes à réintégrer le marché du travail, cela nécessite beaucoup d’efforts. Je travaille depuis cinq ans dans le secteur bénévole et j’ai notamment aidé des personnes atteintes de déficiences et de troubles multiples à trouver un emploi — et le nombre de personnes auxquelles j’ai eu affaire qui étaient atteintes d’une maladie mentale était très restreint. Certains organismes viennent en aide aux consommateurs de services de santé mentale, notamment les services d’emploi municipaux de la province, mais leur nombre est très limité et ils sont très dispersés. La plupart des services d’embauche s’adressent aux personnes atteintes de déficiences physiques et, comme l’a signalé M. Muise, la plupart des accommodements faits en milieu de travail sont destinés à ces personnes. Par conséquent, il reste encore une tâche considérable à accomplir, beaucoup de recherche à faire et des programmes à mettre en place. Je ne sais pas très bien ce que ça donnerait, mais il est essentiel d’en mettre en place.

Le sénateur Cordy : Monsieur MacDonald, vous nous avez parlé ce matin des épreuves que votre famille et que vos enfants ont dû traverser. Dans les cas d’alcoolisme, il existe un programme appelé Al-Anon, auquel les familles peuvent s’adresser pour obtenir de l’aide. Existe-t-il d’autres programmes de soutien destinés aux membres de la famille d’une personne qui souffre d’une maladie?

M. MacDonald : Je ne suis pas allé sur place, mais je sais que certains programmes sont en place, qu’il existe des groupes de soutien aux familles, et d’autres programmes d’aide. Ma famille

My wife's family is a little higher class, so they did not want to get into all these things. I had to allow them to go their own way. Even now, I cannot make suggestions to them, because I am sick and nobody wants to listen to me.

About this education program, the only education program I know of right other than what COMPASS is doing is forensic. It is the only education program that I have come across anywhere in the health care system where they help a little bit. I have written a few things here about it. I am not very good at speaking, but the issue of education is one of the things I was hoping to bring out here. It would take only a minute and a half to read this to you.

Senator Cordy: Go right ahead. Is that all right, Mr. Chairman?

Mr. MacDonald: Education should consist of communication and cooperation among mental health consumers and medical professionals. There should be packages available on mental illness and a distribution of books, videos and pamphlets outlining drug responses and their activities as well as the "dos" and "don'ts" of each illness. Through the guidance and cooperation of medical professionals, mental health consumers should be made aware of how they should feel with less, enough and too much of each medication. Education packages should address the topic of "who I am changing into and why," and should contain a spiritual dimension without denomination. Mental health is God's program to learn by torture and struggles to strive towards peacefulness, love, truth and forgiveness of every other human, no matter what their faults, for without those people, we would not know how blessed we are to have learned the magic role, which is to love one another and to understand how hard it is for others to do the same. As humans, we are born to learn about love, patience and acceptance of others, so we may also be blessed of our own failures and ignorance of righteousness.

I had another suggestion for inside the hospital. Psychiatric facilities need various types of rooms — one that is concrete and bleak, for punishment; one with mattress padding on walls, floor and door for protection of self; and one with a friendlier atmosphere and peaceful music, geared at calming down the tortures of the damned.

Senator Cook: I will just speak for me as you spoke for you. I am a very ordinary person attempting to do extraordinary things in the interests of mental health with a great group of people. Throughout your presentations, and you can comment each in your time, you talked about the management of waiting time.

ne voulait pas participer à ce type de programme. J'ignore pourquoi. La famille de mon épouse est un peu bourgeoise et, par conséquent, elle ne voulait pas participer à ce type d'activité. J'ai dû la laisser agir comme elle l'entendait. Même maintenant, je ne peux pas lui faire des suggestions, parce que je suis malade et que personne ne veut m'écouter.

En ce qui concerne ce programme d'éducation, le seul autre que je connaisse à l'exception de celui de COMPASS est un programme en milieu carcéral. C'est le seul programme d'éducation que je connaisse dans le système de santé qui apporte un peu d'aide. J'ai écrit quelques lignes à ce sujet. Je n'ai pas la parole très facile, mais le sujet de l'éducation est un de ceux que j'espérais aborder ici. Cela ne me prendrait qu'une minute et demie pour vous lire ce texte.

Le sénateur Cordy : Allez-y. Êtes-vous d'accord, monsieur le président?

M. MacDonald : L'éducation devrait être fondée sur la communication et la collaboration entre les consommateurs de services de santé mentale et des professionnels de la santé. Il serait souhaitable de distribuer des trousseaux d'information sur la maladie mentale et de diffuser des livres, des vidéos et des brochures exposant les réactions aux médicaments et leurs effets ainsi que les choses à faire et les choses à ne pas faire pour chaque maladie. Grâce aux conseils et à la collaboration des professionnels de la santé, les consommateurs de services de santé mentale sauraient comment ils devraient se sentir en prenant de trop petites quantités, des quantités suffisantes et de trop grandes quantités, pour chaque médicament. Les trousseaux d'information devraient porter sur le type de personne que l'on veut devenir et pourquoi, et elles devraient avoir une dimension spirituelle non rattachée à une confession spécifique. La santé mentale est le programme de Dieu pour apprendre par la torture et la lutte à tendre vers la paix, l'amour, la vérité et le pardon à l'égard de tout autre être humain, quelle que soit la faute qu'il ait commise, car sans les autres, nous ne saurions pas que combien nous sommes privilégiés d'avoir compris le rôle magique de l'amour réciproque et aussi combien il est difficile pour les autres de faire de même. Les humains sont sur la terre pour apprendre à aimer leurs semblables, à faire preuve de patience et à les accepter, pour pouvoir également tirer profit de leurs échecs et de leur ignorance de la vertu.

J'ai une autre suggestion qui concerne les hôpitaux. Il est nécessaire que les services de psychiatrie soient équipés de divers types de chambres, d'une pièce en béton d'apparence sinistre, pour les punitions, d'une autre avec du rembourrage sur les murs, sur le sol et sur la porte pour protéger l'occupant et d'une autre où l'ambiance est plus agréable et où l'on joue de la musique douce, pour apaiser les tortures des damnés.

Le sénateur Cook : Je parlerai de moi comme vous avez parlé de vous. Je suis une personne très ordinaire qui s'efforce de faire des choses extraordinaires pour la santé mentale avec un groupe de personnes formidables. Dans vos exposés, et vous pourrez faire chacun à votre tour des commentaires, vous avez parlé de gestion

You said that waiting times for services are long. I am the kind of person who is always looking for a solution when I hear a problem.

You talked about peer support, Susan. Is there any way that we can access those waiting times, to cull some people out? I ask that because I would suspect that there a number of people in that so-called silo of waiting times who, with some intervention, would conceivably not need to be there. Can we come up with some ideas to reduce the waiting time? Also, looking at it from a national perspective, each province has its own provincial standard of formulary. I hear you say the psychiatrist is on the formulary, covered by Medicare, but that the psychologist is not. Medications are covered, but I would think therapeutic care is not.

How do we address that fragmentation, from a national level, because we are federalists working with a program that delivers provincially, so the stresses come there? We are looking for something that seems very simple — that is, a seamless delivery. Well, sit down and try and figure out the word “seamless” and we will have the answer to why we are here today.

Peer support is wonderful because nothing beats a human touch and face-to-face dialogue. However, somehow or other, we have to stress the importance of getting that link to the system all along the continuum, because, so often, peer support happens in isolation or with volunteers or NGOs somewhere out there. To be effective, if we are going to provide a continuum of care, we have got to move along the continuum.

You talked about waiting times, which caused me to immediately go through the programs that are available from a federal perspective — and I know many are fragmented — insurance, EAPs, for instance, private insurers, the policies of employers. However, it seems to me that while you try to access services through these systems to suit your needs the basic underpinning of what could help you is the volunteer in the NGO sector. You went to another country to find help for your people.

While we listen and struggle to find a charter of rights or whatever, a “seamless delivery” of system within the health care system for this particular segment of our society, I think we have to analyze what exists, where the gaps are and how you are coping.

Some of you seem to be coping very well, but, Sheila, your employer flabbergasts me. I cannot believe I heard that story from a facility that is dedicated to the wellness of people. Yes, we are

des délais d'attente. Vous avez dit que les délais d'attente pour les services étaient longs. Je suis le type de personne qui tente toujours de trouver une solution quand on lui signale un problème.

Vous avez parlé d'entraide, madame Roper. Serait-il possible d'avoir accès à ces listes d'attente pour les élaguer? Je pose la question parce que je présume que plusieurs des personnes qui attendent leur tour n'auraient peut-être pas besoin d'être là après un minimum d'intervention. Pourrait-on suggérer des initiatives qui permettraient de réduire les délais d'attente? Dans une perspective nationale, les diverses provinces ont chacune leurs normes en ce qui concerne le formulaire. Je pense que vous avez dit que les psychiatres sont inscrits sur le formulaire, que les visites chez les psychiatres sont couvertes par l'assurance-maladie, mais pas celles chez les psychologues. Les médicaments sont couverts par l'assurance, mais je pense que les soins thérapeutiques ne le sont pas.

Comment pouvons-nous, dans une perspective nationale, remédier à cette fragmentation. Nous sommes en effet des fédéralistes qui examinent un programme dont la prestation est assurée à l'échelle provinciale. C'est de là que viennent les tensions. Nous examinons un concept qui est apparemment très simple, à savoir de la continuité des services. Tentez d'imaginer ce que cela implique et vous saurez pourquoi nous sommes réunis ici aujourd'hui.

L'entraide est formidable parce que rien ne bat une intervention humaine et un dialogue face à face. Cependant, d'une façon ou d'une autre, il convient de souligner qu'il est important d'établir ce lien avec le système dans tout le continuum parce que l'entraide est souvent une activité isolée ou elle se pratique avec des bénévoles ou dans le contexte de certaines ONG. Pour être efficaces, si nous voulons assurer la continuité des soins, il est essentiel de s'inscrire dans cette continuité.

Vous avez attiré notre attention sur les délais d'attente, ce qui m'a incitée à passer immédiatement en revue les programmes disponibles au palier fédéral — et je sais que la plupart d'entre eux sont fragmentés — à savoir l'assurance, les programmes d'aide aux employés, par exemple, les assureurs privés, les politiques des employeurs. Je pense toutefois que lorsqu'on tente d'avoir accès à des services par le biais de ces systèmes pour répondre à nos besoins, les fondements de l'infrastructure qui pourrait vous aider sont le bénévole dans le secteur des ONG. Vous vous êtes rendu dans un autre pays pour trouver de l'aide pour les gens dont vous vous occupez.

Alors que nous écoutons et nous nous efforçons de trouver une charte des droits ou un autre moyen qui permettrait d'assurer la continuité des services dans le système des soins de santé pour ce segment de notre société, je pense qu'il est essentiel d'analyser les structures qui sont en place, d'en déterminer les lacunes et de déterminer comment vous vous en tirez.

Certains d'entre vous s'en tirent apparemment très bien, mais je suis sidérée par l'attitude de votre employeur, madame Wallace. Je n'avais encore jamais entendu d'histoire semblable concernant

human — but we have to put in place something to mitigate such behaviour. We will never fix it — because it is a human being that delivers the service at the end of the day.

With these thoughts, I am just wondering if you would like to comment on that, because I hear you say, Susan, again, training may be the answer. It seems to me the social worker is the pivotal person here, because no matter, Mr. Chairman, what level you go in, it is a vortex. You find yourself in the subculture, if I can use that word, of today's society because of the circumstances of the mental health consumer. An individual starts out with a problem that should be managed, the same as a hip replacement or a bad back or whatever, but because of the dynamics, you drop, and I saw that in each one of your presentations, to what I consider a subculture, and it is a vortex. You just cannot get out of it under the present system.

Mr. Chairman: Who wants to comment?

Mr. Muise: I will make a couple of comments. First, with respect to peer support, I strongly believe that we do need a strong peer support system within the formal system. I think it would make a huge difference, for those people on waiting lists for treatment, but also for those who have begun their treatment, because sometimes the treatment itself can be a little scary.

As far as what can be done federally, it was pointed out to me last week in Ottawa on several occasions that the federal government is the fifth largest health care provider in the country — because of the military, Aboriginal people and the prison system.

However, the other thing to remember is that the federal government can put pressure on the provinces. After all, the money for health care comes from the federal government. There needs to be a national mental health strategy. Of the G8 nations, by the way, we are the only country that does not have a national mental health strategy. If there were such a program, it would be up to the federal government to start putting pressure on the provinces to say, "We are giving you money. This is what you need to do with it when it comes to mental health care."

Those are the two comments that I wanted to make on what you had to say. Yes, a lot of times, we are sort of in a vortex. We are not really a part of society, even though we certainly want to be.

Mr. MacDonald: I was just taking notes here. As we grow, so does the research and development. Scientists are discovering more and more about us, so we are being put into groups and labelled. More cures are being found as well as explanations for why we are sick. However, in mental health, there is no test. There is no test a doctor can give to find out which medication to put

un établissement dont la vocation est d'assurer le bien-être des gens. Oui, nous sommes humains — mais il est essentiel que nous mettions en place des mécanismes afin de décourager ce type de comportement. Nous n'arriverons jamais à régler entièrement le problème — parce que ce sont finalement des êtres humains qui fournissent le service.

Après toutes ces considérations, je me demande si vous aimeriez faire des commentaires, madame Wallace, parce que, d'après vous, la formation pourrait être la solution. Je pense que le travailleur social est la pierre angulaire du système dans ce contexte car, à quelque niveau que ce soit, monsieur le président, c'est un vortex. Vous faites partie de la sous-culture, si vous me permettez d'employer ce terme, de la société contemporaine en raison des circonstances dans lesquelles se trouve le consommateur de services de santé mentale. Une personne a d'abord un problème qui devrait être géré de la même façon que la chirurgie de remplacement de la hanche ou que les interventions chirurgicales pour le dos, mais à cause de la dynamique, et j'ai pu constater cela dans chacun de vos exposés, vous tombez dans ce que je considère comme une sous-culture, et c'est un vortex. Vous ne pouvez tout simplement pas en sortir dans le contexte du système actuel.

Le président : Qui veut faire des commentaires?

M. Muise : J'ai deux commentaires à faire. Le premier concerne l'entraide. À ce propos, je suis convaincu qu'il est essentiel d'établir un système d'entraide vigoureux au sein du système officiel. Je pense que cela ferait une énorme différence pour les personnes qui sont sur la liste d'attente pour un traitement, mais également pour celles qui ont entamé leur traitement, parce que celui-ci peut être effrayant en soi.

En ce qui concerne les initiatives qui peuvent être prises à l'échelon fédéral, on m'a signalé la semaine dernière à Ottawa à plusieurs occasions que le gouvernement fédéral est le cinquième parmi les plus gros fournisseurs de soins de santé du pays, à cause des Forces armées, des Autochtones et du système carcéral.

Cependant, l'autre facteur qu'il ne faut pas oublier, c'est que le gouvernement fédéral peut exercer des pressions sur les provinces. C'est lui, après tout, qui octroie les fonds nécessaires au financement des soins de santé. Il est primordial de mettre en place une stratégie nationale en matière de santé mentale. Je signale que, parmi les pays du G8, nous sommes le seul qui n'ait pas encore mis de stratégie de ce type en place. Dès lors, il reviendrait au gouvernement fédéral d'exercer des pressions sur les provinces en leur disant ceci : « Nous vous finançons. Voici ce que vous devez faire dans le domaine des soins de santé mentale ».

Ce sont les deux commentaires que je voulais faire à ce sujet. Oui, nous sommes souvent en quelque sorte un vortex. Nous ne faisons pas vraiment partie de la société, même si nous le souhaitons vivement.

M. MacDonald : Je prenais des notes. La recherche-développement fait des progrès, comme nous. Les scientifiques font de plus en plus de découvertes à notre sujet et on nous classe par conséquent dans diverses catégories et on nous met des étiquettes. On trouve de plus en plus de remèdes et des explications en ce qui concerne les motifs de notre maladie.

you on or which chemical is out of balance. We have alternative health care. There are some programs that can test you for whatever drug is needed, and they usually recommend an herbal remedy or whatever.

I would like to see some of this changed. I would like to see the government and doctors and alternative health care practitioners working as a group because in our society, where many people are on fixed income, mental health consumers cannot afford some of the alternative forms of therapy or medication. There are alternatives today to almost every form of conventional medication in one form or another, and social services will pay for this, but we have to find out which ones we need.

I personally have tried some of the therapies offered by alternative health care. Some of the practitioners were very friendly and cheap. They are a heck of lot cheaper than the system we have today. Why can we not get together on some of this?

Ms. Hayes Wallace: Based on the experience of my colleagues at the table, I would like to say that I am damned glad I did not enter the system any earlier than I did. I think I got the best of all worlds — and a lot of it is because of the circumstances that others went through. At the same time, I would like to think that more can be done, that is it going to get better for everyone. In workplace issues, your employer has to have the burden of proof. I do not want to see a policy of, “Who are you facilitating in your institution now?” I am not talking about mom and pop businesses. I am talking about larger organizations that can well afford to accommodate differences.

Ms. Kilbride-Roper: This whole process is encouraging, and it has been recognized that involving mental health consumers at all levels in any decision making is really important. Here in Nova Scotia, our Department of Health is working towards that goal, in involving mental health consumers. I think that is key. Just hearing my colleagues here, hearing all their collective knowledge and what they have gleaned from their experiences, supports the idea that it is key to have us involved in as many processes as possible, because we bring a richness of experience to the process.

Senator Pépin: Most of my questions have been asked, but I should like to summarize what I heard — that is, that mental health service is a basic right. This is very important. One of the issues revolves around diagnosis, because there is often a wrong diagnosis or a late diagnosis. As a result, the medication is the

Cependant, en santé mentale, il n'est pas possible de faire des tests. Un médecin ne peut pas prescrire des tests pour savoir quel type de médicament il convient d'administrer ou quel type de produit chimique est présent en trop petite ou en trop grande quantité dans le corps. Nous avons accès à des soins de santé alternatifs. Nous avons accès à des programmes qui permettent de faire des tests pour déterminer le type de médicament à administrer et ils recommandent généralement des remèdes à base de plantes médicinales ou autres types de remèdes analogues.

J'aimerais que la situation change quelque peu. Je voudrais que les gouvernements, les médecins et les praticiens de médecines douces collaborent parce que, dans une société comme la nôtre, où un grand nombre de personnes ont un revenu fixe, les consommateurs de services de santé mentale n'ont pas les moyens de se payer des types de thérapies ou de remèdes relevant de la médecine douce. Il existe actuellement des solutions de remplacement à presque tous les types de médicaments conventionnels et les services sociaux les paieront, mais il est essentiel de déterminer de quels types de remèdes nous avons besoin.

J'ai personnellement essayé certaines des thérapies offertes par la médecine douce. Certains des praticiens que j'ai rencontrés étaient très aimables et leurs honoraires étaient raisonnables. Ils sont beaucoup moins coûteux que le système officiel en place actuellement. Pourquoi une certaine collaboration entre les deux systèmes n'est-elle pas possible?

Mme Hayes Wallace : D'après l'expérience de mes collègues ici présents, j'aimerais dire que je suis très heureuse de ne pas avoir dû avoir recours au système plus tôt. Je pense que j'ai eu le meilleur de tous les mondes. Et ce, en grande partie, en raison des circonstances auxquelles d'autres ont été confrontés. Par ailleurs, j'aimerais penser qu'il est possible de faire davantage, que la situation s'améliorera pour tous. Dans les questions concernant le travail, la charge de la preuve doit incomber à l'employeur. Je ne tiens pas à ce que l'on mette en place une politique consistant à demander à quels types de personnes ont facilité l'accès. Je ne parle pas de petites entreprises familiales. Je parle de grandes entreprises qui ont les moyens de s'adapter aux besoins particuliers.

Mme Kilbride-Roper : Tout ce processus est encourageant et il a été reconnu que la participation des consommateurs de services de santé mentale à tous les niveaux du processus décisionnel est extrêmement importante. En Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé poursuit cet objectif en faisant participer les consommateurs. Je pense que c'est la clé. Les commentaires qu'ont fait mes collègues ici présents, leur savoir collectif et les connaissances qu'ils ont acquises à travers leur expérience personnelle semblent indiquer qu'il est essentiel de nous faire participer au plus grand nombre possible de processus, parce que nous y apportons la richesse de l'expérience.

Le sénateur Pépin : La plupart des questions que je voulais poser ont déjà été posées, mais je voudrais résumer ce que j'ai entendu, à savoir que l'accès aux services de santé mentale est un droit fondamental. C'est très important. Un des problèmes se situe au niveau du diagnostic car le diagnostic est souvent erroné

wrong or there is overmedication. Regarding therapy, depending on an individual's income — he or she has to pay to see the psychologist. Again, it is another big problem. Someone said, "We are not to be feared or pitied." I agree wholeheartedly.

I want to thank you for attending here today; I want you to understand the importance of your presence here today. People my age remember all the campaigns for people with physical challenges. Your stories help to educate us. Education is the key. For me, it is of the utmost importance.

Someone mentioned that, in Nova Scotia, psychologists are not paid for. I come from Quebec, where the same is true.

Sheila talked about hospital policy — and I am sure the policy is not restricted to your hospital only. It must include all hospital and nursing services, if there is a discrepancy, as I understand it, between the need and the action. As well, you mentioned that the union should have done something. Do you believe a new trend is emerging, where a situation like yours is much better addressed, or do you have lots of to work to do with the hospital service or the union?

Ms. Hayes Wallace: I am one of the first people to make so much noise and to contact so many people. I really do not know what motivated me to do it. I am not usually a crusader. I think I was so trusting in the written policy being in place to protect my needs — and then the reality of discovering loopholes.

Senator Pépin: You said, "They look at me if I finish at 11:30 instead of eleven o'clock." It is then that we realize that people are not educated at all toward people who are suffering from mental illness.

I am a former nurse, and our training involved three months of work in a mental health hospital, because at that time mentally ill people, and there were thousands of them, were put in mental health hospitals. For the most, we now find those people on the streets, very often, and in prison.

Should there be special hospitals or special houses for people who are suffering from mental illness, where they will be well looked after, or would that lead to their exclusion from society?

Ms. Hayes Wallace: I will speak on the basis of being a family member of someone, my cousin, who was hospitalized for a lot of his illness and has had a lot of social service/community support. He can live independently, yes. He likely will never be able to

ou il est tardif. Par conséquent, les médicaments administrés ne sont pas toujours les médicaments appropriés ou bien il y a alors surconsommation de médicaments. En ce qui concerne la thérapie, le consommateur, selon son revenu, doit payer pour consulter le psychologue. Encore une fois, cette situation pose un autre problème d'envergure. L'un de vous a dit ceci : « Nous ne voulons pas être craints ou pris en pitié ». Je suis entièrement d'accord sur ce point.

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à nos audiences; je veux que vous soyez conscients de l'importance que revêt votre présence. Les personnes de mon âge se souviennent toutes des campagnes qui avaient été menées en faveur des personnes atteintes de déficiences physiques. L'histoire de votre vie contribue à faire notre éducation. La sensibilisation est la clé. J'estime qu'elle est de la plus haute importance.

L'un de vous a signalé qu'en Nouvelle-Écosse, on n'était pas remboursé pour les visites chez le psychologue. Je viens du Québec, où la situation est la même.

Madame Wallace a parlé de la politique hospitalière et je suis sûre que cette politique n'est pas l'exclusivité de votre hôpital. S'il y a un écart, comme j'ai cru le comprendre, entre les besoins et les actes, cela doit s'appliquer à tous les services hospitaliers et infirmiers. En outre, vous avez mentionné que le syndicat aurait dû intervenir. Pensez-vous qu'une nouvelle tendance se dessine, que dorénavant l'intervention dans un cas comme le vôtre sera beaucoup plus efficace ou pensez-vous qu'il reste encore beaucoup à faire au niveau des services hospitaliers ou des syndicats?

Mme Hayes Wallace : Je suis une des premières personnes à faire autant de bruit et à communiquer avec un aussi grand nombre de personnes. Je ne sais vraiment pas ce qui m'a motivée. Je ne suis généralement pas du style militant. Je pense que j'avais une réelle confiance dans la politique officielle en place et je pensais qu'elle s'occuperait de mes besoins; puis, j'en ai découvert les failles.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit que l'on vous observait pour voir si vous terminiez à 11 h 30 plutôt qu'à 11 heures. C'est dans ces cas-là que l'on se rend compte que les gens ne sont pas du tout sensibilisés aux problèmes des personnes qui souffrent de maladie mentale.

J'ai été infirmière et notre formation comprenait un stage de trois mois dans un hôpital psychiatrique parce qu'alors, les personnes atteintes d'une maladie mentale, et il y en avait des milliers, étaient placées dans des hôpitaux psychiatriques. Actuellement, la plupart de ces personnes sont dans la rue et, très souvent, en prison.

Faudrait-il mettre en place des hôpitaux spéciaux ou des foyers d'accueil spéciaux pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale, où l'on prendrait bien soin d'elles, ou cela entraînerait-il leur exclusion de la société?

Mme Hayes Wallace : Mes commentaires seront basés sur le cas d'un membre de ma famille, mon cousin, qui a été hospitalisé pendant la plus grande partie de sa maladie et qui a reçu beaucoup d'aide des services sociaux ou des services

work for a wage, but he can do some volunteering with churches, with food banks. That helps him as well. He is very spiritual, as I mentioned. He has a great faith in God, which may explain why he is still here, because he has had a very long life, filled with turmoil.

I do not necessarily think there have to be large institutions, as there were in the past, but there have to be institutions without walls. There have to be community sources streaming these people, my cousin, me, whoever, to meaningful lives. They do not have to be shuttled back and forth on the bus every Friday to go look at the park, but something meaningful and something dignified is what I would hope for all.

Mr. Muise: Speaking of housing, this is an area where there could be a lot of improvement with supportive housing in some respects, as well as transitional housing. I remember the time when I was ready to leave hospital and I had nowhere to go because I had no income and I had no money. I spent 13 days in hospital only because I had nowhere to go. It is very difficult, given the gaps in our employment history, first, to get a place to live and, second, to come up with the damage deposit and things like that while we are trying to turn our lives around. So, yes, there needs to be something done in housing, that is for sure.

Ms. Kilbride-Roper: Adding to what Sheila said about her cousin, there is getting to be more and more focus on recovery rather than just dealing with mental illness. I know in Nova Scotia, it is happening, and, more generally, in Canada and the U.S., with other countries in the lead with a body-mind-spirit approach. You mentioned what your cousin has used to help him keep strong. I think we have to look at that, not just treating the illness, but looking beyond the illness to things that will make our lives richer and that will support us other than psychotherapy and medication. We need to focus on recovery and to educate people to see beyond the illness. I think that is key as well.

Senator Pépin: George, I want to tell you that you one of our best poets in French Quebec is Émile Nelligan, who suffered from mental illness. People still think of him as one of our best poets ever, so carry on with your writing.

Senator Cook: I wish to go back to the word "spirituality," because all of you in some manner or form mentioned that this morning. Mr. Chairman, we have heard some interesting stories from our First Nations people with respect to culture and spirituality that comes from within, that is something unique that belongs to you. Where along the continuum can we use the force

communautaires. Nous pouvons effectivement être autonomes. Il ne sera probablement jamais plus capable d'occuper un emploi rémunéré, mais il peut faire du bénévolat dans les églises ou dans les banques d'alimentation. Ce bénévolat l'aide également. Comme je l'ai mentionné, c'est un être qui a une vie spirituelle intense. Il a une foi profonde en Dieu, ce qui explique les raisons pour lesquelles il est toujours en vie, car il a eu une vie très longue et très agitée.

Je ne pense pas nécessairement qu'il soit essentiel de mettre en place de grands établissements comme autrefois, mais plutôt des établissements sans murs. Il est essentiel que l'on mette en place des services communautaires visant à aider des personnes comme mon cousin, et comme moi-même, à mener une vie intéressante. Il n'est pas nécessaire qu'on les transporte en bus tous les vendredis pour aller dans le parc. J'espère pour tous que l'on mettra en place une solution enrichissante qui leur donne un regain de dignité.

M. Muise : Le logement est un secteur où la situation pourrait être considérablement améliorée grâce à des logements avec des services de soutien, et aussi par des logements traditionnels. Je me rappelle que, lorsque j'étais sur le point de sortir de l'hôpital, je n'avais nulle part où aller parce que je n'avais pas de revenu et que je n'avais pas d'argent. J'ai passé 13 jours à l'hôpital, uniquement parce que je n'avais aucun endroit où aller. Compte tenu des périodes creuses dans nos antécédents professionnels, nous avons beaucoup de difficulté à trouver un logement et à faire un dépôt pour les dommages éventuels, par exemple, pendant que nous tentons de changer complètement notre vie. Il est effectivement essentiel de prendre des initiatives dans le domaine du logement. C'est une chose certaine.

Mme Kilbride-Roper : À propos de ce que Mme Wallace a dit au sujet de son cousin, on met de plus en plus l'accent sur le rétablissement plutôt que sur la gestion de la maladie mentale. Je sais que c'est ce qu'on fait en Nouvelle-Écosse et, d'une façon plus générale, au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays, en adoptant une approche associant le physique et le mental. Vous avez signalé à quoi avait eu recours votre cousin pour rester fort. Je pense qu'il est impératif d'examiner les autres aspects qui enrichissent notre vie et qui nous aident, et de ne pas se contenter de traiter la maladie en ayant recours uniquement à la psychothérapie et aux médicaments. Il est essentiel d'axer nos efforts sur le rétablissement et d'apprendre aux gens à voir au-delà de la maladie. Je pense que c'est primordial également.

Le sénateur Pépin : Monsieur MacDonald, je vous signale que l'un des meilleurs poètes francophones québécois est Émile Nelligan, qui a souffert de maladie mentale. On le considère comme un des meilleurs poètes que nous ayons jamais eus. Je vous encourage à continuer à écrire.

Le sénateur Cook : Je voudrais revenir au terme « spiritualité » parce que vous l'avez tous mentionné sous une forme ou une autre. Monsieur le président, des représentants des Premières nations nous ont raconté des histoires intéressantes en ce qui concerne la culture et la spiritualité qui viennent de l'intérieur et qui sont quelque chose d'unique qui nous appartient. À quelle

for the greater good — that is, through the system to help you — or are we not ready to talk about our spirituality at the moment? It is often a lifeline of last resort. How do we link that in?

Mr. MacDonald: Spirituality is the only thing that got me through my ordeal. I believe that spirituality needs to be addressed in psychiatry. It is not. If you speak about God or Allah to any of your peers, they are uncomfortable. Even when you go to church and visit clergy and speak about this, you are condemned there. Yet they teach it and preach it. You have to experience this first-hand in order to even know what it is. You can read all you want, or somebody can tell you all about spirituality, but until it becomes a personal experience, you will never, ever understand it. It will be difficult to bridge the gap between spirituality and psychiatry and our community, but it needs to be there.

Ms. Kilbride-Roper: The self-help group I was involved with was very helpful in the collective wisdom of the people that have experienced mental illness. They helped guide me in my own spiritual quest. As far as our spiritual leaders, I can tell you that I went to my parish priest, when I had my psychotic episode and was following in the footsteps of St. Francis of Assisi, and asked what it all meant, and he did not know what to do with me. He thought I was probably “crazy” — because I was excited about my new direction, my new vocation in my life.

However, it was the self-help group that most helped me, because everyone is at various levels of spirituality and you can take and learn. As well, my own research helped quite a bit. Once we are diagnosed, we set out to find the meaning of life and why we are afflicted in such a way, and more of an emphasis should be put on spirituality in any kind of program that we implement.

Mr. Muise: I am not sure where spirituality fits in exactly, but I do know, in my own case, I did not ask to become ill, I did not do anything that made me ill, and there was nothing I could have done that would have kept me from being ill. However, once I realized that my illness was happening to me for a reason, I really started to recover — because I knew there was a purpose behind my illness. I am still not sure why it happened, but I hope I am on the right path now. Who knows? Nevertheless, it has been fun trying to learn why it happened to me.

Mr. Chairman: Roy, can I just ask you one last question? I know we are considerably over time, but this is important. You said that you did not ask to have this happen, that it was not your fault and that it would have happened anyway. On hearing of your illness, did anyone suggest that you could have prevented it, that it might have been your own fault? This is something you would never say if someone had a heart attack or cancer, but did you get that attitude?

étape de la filière pouvons-nous utiliser cette force pour le plus grand bien commun — c'est-à-dire par l'intermédiaire du système — ou bien ne sommes-nous pas prêts, encore, à faire intervenir la spiritualité? C'est souvent une dernière planche de salut. Quand la fait-on intervenir?

M. MacDonald : La spiritualité est la seule chose qui m'ait permis de supporter mon état. Je pense qu'il est essentiel de la faire intervenir en psychiatrie. On ne le fait pas. Si vous parlez de Dieu ou de Allah à vos pairs, cela les met mal à l'aise. Même quand on en parle à des prêtres ou à des ministres du culte, ils nous condamnent. Pourtant, ils l'enseignent et la prêchent. Il faut en avoir fait l'expérience directe pour savoir ce que c'est. On a beau lire de nombreux ouvrages ou en discuter avec d'autres personnes, tant que cela ne devient pas une expérience personnelle, vous ne comprendrez jamais ce que c'est. Il sera difficile de combler l'écart entre la spiritualité et la psychiatrie et notre collectivité, mais la spiritualité est essentielle.

Mme Kilbride-Roper : Le groupe d'entraide dont j'ai fait partie a été très efficace grâce à la sagesse collective de ces personnes qui avaient connu la maladie mentale. Elles m'ont guidée dans ma quête spirituelle. En ce qui concerne nos chefs spirituels, je signale que lorsque j'ai eu mon épisode psychotique et que je suivais les traces de Saint-François d'Assise, je suis allée trouver mon curé de paroisse et lui ai demandé ce que tout cela voulait dire, mais il n'a su que répondre. Il pensait probablement que j'étais « timbrée » parce que j'étais emballée par ma nouvelle orientation et par ma nouvelle vocation.

Cependant, c'est un groupe d'entraide qui m'a aidée le plus parce que ses divers membres ont des niveaux de spiritualité différents et que l'on peut profiter de la spiritualité des autres et apprendre. Mes investigations personnelles m'ont également aidée quelque peu. Lorsque la maladie est diagnostiquée, nous nous mettons à chercher le sens de la vie et à essayer de savoir pourquoi nous sommes affligés par une telle maladie. Il faudrait mettre davantage l'accent sur la spiritualité dans tout type de programme que l'on met en œuvre.

M. Muise : Je ne sais pas très bien à quel niveau intervient la spiritualité mais ce que je sais, c'est que dans mon cas personnel, je n'ai pas souhaité devenir malade et je n'ai rien fait pour devenir malade et je n'aurais pu rien faire pour empêcher la maladie. Cependant, lorsque j'ai pris conscience du fait qu'il y avait une raison derrière ma maladie, le processus de rétablissement s'est amorcé. Je n'en connais pas encore avec certitude la raison, mais j'espère être sur la bonne voie. Qui sait? De toute façon, j'ai eu du plaisir à tenter d'apprendre pourquoi cela m'était arrivé.

Le président : Puis-je vous poser une toute dernière question, monsieur Muise? Je sais que nous avons largement dépassé le temps dont nous disposons, mais c'est important. Vous venez de dire que vous n'aviez pas souhaité que cela arrive, que ce n'était pas de votre faute et que c'était inévitable. Est-ce qu'une des personnes auxquelles vous avez parlé de votre maladie a jamais dit que vous auriez pu l'éviter, et que c'était peut-être de votre faute? C'est une réflexion qu'on ne ferait jamais à quelqu'un qui a eu une crise cardiaque ou qui a eu le cancer. Quelqu'un a-t-il eu ce type d'attitude à votre égard?

Mr. Muise: I got that many times, in addition to, "Well, just get over it, Roy." Yes, I get so tired of hearing that it was my fault. What hurt the most was the comment that it was my fault that I was not getting well, that all I had to do was make up my mind that I was not going to be depressed any more and I would not be depressed any more.

Mr. Chairman: Did anyone else here experience the same thing, that is, that as opposed to a physical illness you were partly to blame for your own situation?

Ms. Kilbride-Roper: Very much so. It is seen as a weakness and a weakness that you can control.

Mr. Chairman: Yes, as opposed to a physical ailment such as cancer or a heart attack.

Ms. Kilbride-Roper: Absolutely.

Ms. Hayes Wallace: It was seen as an indulgence. Anybody could have gotten sick or tired had they just let themselves, but they were stronger and tougher than I was and they could take it and I could not.

Mr. Chairman: So it was an indulgence. George, you have had the same experience?

Mr. MacDonald: Yes. Mental illness is invisible. You cannot see it, you cannot feel it. You have nothing else to compare it to. I have had many other illnesses as well, and mental illness cannot be compared to any physical illness.

Mr. Chairman: I thank all of you for your attendance here today. You have been terrific. The personal stories we are getting both from mental health consumers and from caregivers and family members are extraordinary. We appreciate your taking the time to be with us.

I welcome our next group. Thank you for taking the time to be with us today. Let me begin, as we did this morning, with Jan, and then we will work our way across the table.

Ms. Jan House, as an individual: One of the things I find most difficult, even in leaving telephone messages, is being concise, so if there is a hook, I will be looking for it. I plan to give a brief history of what happened, how we got to where we are today, which is a much more positive place than when our story began eight years ago. If you will bear with me, I will go through that. Again, it is very difficult when you are retracing things because it stirs up all those emotions again, which are never far under the surface because the road has been very long.

I am the mother of a 25 year old woman living with schizoaffective depressive disorder. My daughter first entered the mental health system in Moncton, New Brunswick, in the spring of 1996, when she was in grade 10 and suffering from depression. She was referred to the mental health unit at the Moncton Hospital as an emergency case by a counsellor we had

M. Muise : De nombreuses personnes ont également ajouté : « Allez, Roy, ça passera ». Oui, je suis fatigué d'entendre dire que c'est de ma faute. Le commentaire qui m'a fait le plus de mal est que c'est de ma faute si je n'allais pas mieux, qu'il suffisait que je décide de ne plus sombrer dans la dépression et que je ne ferais plus jamais de dépression.

Le président : Est-ce qu'un autre témoin a vécu le même type d'expérience, à savoir que, contrairement à ce qui arrive en cas de maladie physique, on considère que vous êtes en partie responsable de votre état?

Mme Kilbride-Roper : Certainement. C'est considéré comme une faiblesse et une faiblesse qu'on pourrait contrôler.

Le président : Oui, contrairement à une maladie physique comme un cancer ou une crise cardiaque.

Mme Kilbride-Roper : Absolument.

Mme Hayes Wallace : C'est considéré comme une faiblesse. À les entendre, ces personnes auraient toutes pu devenir dépressives ou sombrer dans la fatigue si elles s'étaient laissées aller mais, comme elles ont fait preuve d'énergie et de courage, contrairement à moi, elles ne se sont pas laissées aller, elles.

Le président : C'était donc de la faiblesse. Avez-vous eu la même expérience, monsieur MacDonald?

M. MacDonald : Oui. La maladie mentale est invisible. Elle n'est pas visible et elle n'est pas perceptible. On n'a aucun point de comparaison. J'ai eu de nombreuses autres maladies également, mais la maladie mentale ne peut être comparée à aucune maladie physique.

Le président : Je vous remercie d'avoir participé à nos audiences. Vous avez été fantastiques. Les histoires personnelles que nous ont racontées les consommateurs de services de santé mentale, des membres de la famille de personnes atteintes d'une maladie mentale et des aidants naturels sont extraordinaires. Nous apprécions le temps que vous nous avez consacré.

Je souhaite la bienvenue au groupe de témoins suivant. Je vous remercie d'avoir accepté de vous joindre à nous. Comme ce matin, nous ferons le tour de la table, cette fois-ci en commençant par Mme House.

Mme Jan House, à titre personnel : Une des plus grosses difficultés que j'ai, même lorsque je laisse un message téléphonique, c'est d'être concise et, par conséquent, s'il y a une possibilité de m'accrocher, je l'exploite. Je comptais raconter brièvement ce qui s'est passé, et comment nous en sommes arrivés là où nous sommes, ce qui est beaucoup plus positif qu'au début de notre histoire, il y a huit ans. Si vous prenez patience, je la raconterai. C'est très difficile de raconter certains faits parce que cela fait remonter à la surface toutes sortes d'émotions qui ne sont jamais bien loin; la route a en effet été très longue.

Je suis la mère d'une jeune femme de 25 ans atteinte de schizophrénie dysthymique. Ma fille a eu son premier contact avec le système de santé mentale à Moncton, au Nouveau-Brunswick, au printemps de 1996 alors qu'elle était en 10^e année et souffrait de dépression. Elle a été envoyée au service de santé mentale de l'Hôpital de Moncton en urgence par un

been referred to through the employee assistance plan offered by my husband's employer, CN Rail. The attending psychiatrist's diagnosis was chronic depression. My daughter was treated for chronic depression until the fall of 1998, when she moved to Halifax to attend university. She not only continued to suffer from depression, but also began to exhibit extreme and often risky behaviours, and had problems with substance abuse.

Through an acquaintance, she was referred to the Mood Disorder Clinic and Dr. Kusumakar for reassessment. The resulting diagnosis was bipolar disorder and she began a different drug therapy as well as regular sessions with a therapist.

My daughter's physical health was also affected. She was diagnosed with colitis and treated accordingly for a year and a half, and then re-diagnosed with Crohn's disease, for which she was treated with steroids. After experiencing seizures, she was diagnosed with atypical multiple sclerosis and told that both her mood disorders and physical ailments were symptoms of MS. Her psychiatrist at Abbey Lane said that, as a result, she no longer needed to see her for treatment. However, in the fall of 2000, my daughter's mood continued to deteriorate; for example, she thought people were always talking about her, laughing at her. She lost all of her university friends and she was living alone. My daughter ended up having to drop out of university in November 2000 and had to move home.

In desperation, I phoned her former therapist at the IWK Health Centre, who quickly put us in touch with Dr. Ann Duffy at Abbey Lane. After disclosing to Dr. Duffy that she had been having psychotic episodes for some time, she was diagnosed with schizoaffective depressive disorder. The first medication she was put on, olanzapine, caused her to gain 30 pounds. She became so distraught over her weight that she developed an eating disorder, a problem that persisted until last year, long after her medication had been changed.

She did improve after being home for eight months and was able to return to university in the fall of 2001. In the spring of 2002, she was referred to the Early Psychosis Program and Dr. Heather Milliken. My daughter continues to be a part of the program and a patient of Dr. Milliken.

Last year, after a robbery/assault in May, she had to withdraw from university again. With the help of Laing House and reachAbility, she was able to secure employment with TEAM Work Cooperative in Halifax, a non-profit agency that assists people with physical and mental disabilities.

I will now give you my perspective as a caregiver with regard to the mental health care system, what has worked and what I see is broken and in need of repair. The employee assistance plan, or EAP, at the start of the process was very efficient from the point

conseiller qui nous avait été recommandé par le programme d'aide aux employés offert par l'employeur de mon époux, CN-Rail. Le diagnostic du psychiatre traitant était celui de dépression chronique. Ma fille a été traitée pour dépression chronique jusqu'à l'automne de 1998, période au cours de laquelle elle est allée s'établir à Halifax pour faire des études universitaires. Elle a non seulement continué de souffrir de dépression, mais a commencé à avoir des comportements extrêmes et souvent dangereux; elle avait en outre des problèmes de consommation abusive de substances psychoactives.

Elle a été orientée vers la Mood Disorder Clinic et le Dr Kusumakar pour réévaluation de son cas. Le diagnostic posé à la suite de cet examen est celui de trouble affectif bipolaire. Elle entama une pharmacothérapie avec des séances régulières avec un thérapeute.

La santé physique de ma fille a également été touchée. On a diagnostiqué une colite et elle a suivi un traitement pendant un an et demi; ensuite, on a diagnostiqué la maladie de Crohn pour laquelle elle a suivi un traitement aux stéroïdes. Après avoir fait des crises d'épilepsie, on a diagnostiqué une sclérose en plaques atypique et on lui a dit que ses troubles d'humeur et ses maladies physiques étaient des symptômes de cette sclérose. Sa psychiatre à Abbey Lane lui a dit par conséquent qu'il n'était plus nécessaire qu'elle suive un traitement avec elle. Cependant, à l'automne 2000, les troubles de l'humeur de ma fille continuèrent de s'aggraver; elle pensait notamment que les gens parlaient et riaient toujours d'elle. Elle a perdu tous ses amis à l'université et vivait seule. Ma fille a dû mettre un terme à ses études universitaires en novembre 2000 et revenir s'installer à la maison.

Dans un accès de désespoir, j'ai appelé son ex-thérapeute du IWK Health Centre qui nous a mis rapidement en contact avec la Dre Ann Duffy, à Abbey Lane. Après avoir révélé à la Dre Duffy qu'elle avait des accès psychotiques depuis un certain temps, on a diagnostiqué une schizophrénie dysthymique. Le premier médicament qui lui a été prescrit est de l'olanzapine, qui lui a fait prendre 30 livres. Elle était tellement perturbée au sujet de son poids qu'elle a développé un trouble alimentaire, problème qui a persisté jusqu'à l'année dernière, longtemps après que son médicament ait été remplacé par un autre.

Son état s'est amélioré environ huit mois après son retour à la maison et elle a pu reprendre ses études universitaires à l'automne 2001. Au printemps 2002, elle a été aiguillée vers le Early Psychosis Program et la Dre Heather Milliken. Ma fille continue de participer à ce programme et est toujours une patiente de la Dre Milliken.

L'année dernière, après avoir été victime d'un vol qualifié avec voies de fait survenu au mois de mai, elle a dû à nouveau abandonner ses études. Avec l'aide de la Laing House et de reachAbility, elle a pu trouver un emploi à la TEAM Work Cooperative de Halifax, organisme à but non lucratif qui aide les personnes atteintes de déficiences physiques et mentales.

Je vais maintenant vous exposer mon point de vue d'aidante naturelle en ce qui concerne le système des soins de santé mentale et vous parler des initiatives qui se sont avérées efficaces et des lacunes auxquelles il est essentiel de remédier. Le programme

of intake to the initial meeting at the hospital with a psychiatrist. The access was almost immediate, the assessment and subsequent treatment at the Mood Disorders Clinic was timely, and the regular therapy sessions were helpful.

The clinical care my daughter received from Dr. Duffy at Abbey Lane was a major factor in her recovery. Dr. Duffy encouraged my husband and me to be part of the process. This was the first time that we had been seen to be an integral part of her treatment. Dr. Duffy not only treated our daughter, but also provided my husband and me with some much-needed support. The staff at Abbey Lane were extremely caring and helpful. When there was a crisis and Dr. Duffy was not available, every effort was made to find an alternative.

Dr. Duffy asked our daughter if she would be interested in being referred to the Early Psychosis Program in the spring of 2002. This was another positive step. The Early Psychosis Program was helpful in terms of education and support. We met other families going through similar experiences and shared coping strategies with them, as well as learned about community supports for caregivers.

More important, Laing House has been instrumental in my daughter's recovery. They have advocated for her re-employment and, as a result, she now has a full-time job with TEAM Work. Along with reachAbility, Laing House meets with our daughter regularly to ensure optimal success on and off the job. The staff at Laing House have continued to stay in touch with our daughter, reaching out to her, including meeting with her off-site. They are an invaluable support, offering a safe place where she knows she can, and does, go for help.

Dr. Heather Milliken, director of the Early Psychosis Program, has been and continues to be an integral part of my daughter's ongoing recovery and reintegration. She has gone out of her way to ensure that full-time employment is possible for my daughter because of her flexibility with respect to scheduling appointments after her regular hours, thus accommodating my daughter's work hours. She has been one of my daughter's biggest advocates, encouraging her to continue to have goals and to pursue her dreams. She has also been a terrific support to me and my husband, encouraging us to continue to educate ourselves about our daughter's illness as well as to keep trying to make a difference. This includes sending us invitations to mental health conferences, providing educational materials regarding advances in mental health care, information about clinical trials, notification of family education seminars, and so on.

d'aide aux employés ou PAE a été très efficace au début du processus, de la prise en charge jusqu'à la première séance à l'hôpital avec un psychiatre. L'accès a été presque immédiat. L'évaluation et le traitement ultérieur à la Mood Disorders Clinic ont été rapides et les séances régulières de thérapie ont été efficaces.

Les soins cliniques que ma fille a reçus auprès de la Dre Duffy à Abbey Lane ont été un facteur important dans son rétablissement. La Dre Duffy nous a encouragés, mon mari et moi, à participer au processus. C'était la première fois que nous faisons partie intégrante du traitement. La Dre Duffy a non seulement traité notre fille, mais nous a aussi apporté, à mon mari et moi, le soutien dont nous avons grandement besoin. Le personnel de Abbey Lane était extrêmement attentif et efficace. Quand ma fille avait une crise et que la Dre Duffy n'était pas disponible, il faisait tout son possible pour trouver une autre solution.

Au printemps de 2002, la Dre Duffy a demandé à notre fille si elle serait intéressée à être aiguillée vers le Early Psychosis Program. C'était une nouvelle étape constructive. Le Early Psychosis Program a été efficace sur le plan éducatif et sur celui du soutien. Nous avons rencontré d'autres familles qui se trouvaient dans des situations semblables et avons partagé avec elles des stratégies permettant de faire face à la situation et des informations sur les services communautaires de soutien pour les soignants.

Qui plus est, la Laing House a contribué au rétablissement de ma fille. Cet établissement est intervenu pour lui faire réintégrer le marché du travail et ma fille a maintenant un emploi à plein temps à TEAM Work. Parallèlement à reachAbility, la Laing House rencontre régulièrement notre fille pour assurer une réussite optimale sur le plan professionnel et sur les autres plans. Le personnel de la Laing House est resté en contact avec notre fille et la rencontre même à l'extérieur de l'établissement. Il lui apporte un précieux soutien, et cet établissement est un lieu sûr auquel elle sait qu'elle peut aller demander de l'aide.

La Dre Heather Milliken, directrice du Early Psychosis Program, fait et continue de faire partie intégrante du rétablissement et de la réinsertion de ma fille. Elle s'est donné beaucoup de mal pour que ma fille ait la possibilité d'occuper un emploi à plein temps en lui donnant des rendez-vous après ses heures régulières de travail et en s'adaptant ainsi à l'horaire de travail de ma fille. Elle a été un des principaux soutiens de ma fille, en l'encourageant à continuer de se fixer des objectifs et de réaliser ses rêves. Elle nous a en outre apporté un précieux soutien à mon mari et moi, en nous encourageant à continuer de nous renseigner sur la maladie de notre fille et à poursuivre nos efforts pour faire une différence. Elle nous a envoyé des invitations à des conférences sur la santé mentale, nous a fourni du matériel didactique sur les progrès dans le domaine des soins de santé mentale, de l'information sur les essais cliniques, des invitations à des colloques sur l'éducation des familles, et cetera.

This may sound like a rosy scenario, but there is much more to be done. This is what Dr. Milliken can do when she has the time available. Very often, she can only see my daughter every two weeks and, in a crisis situation, once a week.

There are problems with the system. To date, it has more often than not been a system that we have had to navigate on our own in terms of looking for services, such as self-help groups for young people and their families, financial assistance for education and housing, where to go for addiction treatment, crisis care, and for employment opportunities.

There are problems with crisis care. In the past, the only advice our daughter has received from the crisis line and the hospital emergency departments has been to go to the hospital if she really thought she needed to or to take a pill or to schedule an appointment with her doctor. Too often, help seems to be restricted to nine to five, Monday to Friday. When my daughter was admitted to emergency last year after a robbery/assault, neither the General Hospital nor the Nova Scotia Hospital seemed to know whether she should be referred to someone in the psychiatric community. Often, the only place to go in a crisis is the Nova Scotia Hospital, but it has been our experience that, again, if your crisis is outside of office hours, you spend weekends doing puzzles and watching TV.

My daughter says that she feels hopeless and that the hospital is the end of the line. She would never go back there for help. The team at the Nova Scotia Hospital in February suggested to her that she should forget about her job and focus on her illness, and if she chooses to continue working, she would be choosing her job over her health. However, employment has been recognized by her psychiatrist, Laing House and her general practitioner as being an important part of her ongoing recovery. She was also referred to by a team member at NS Hospital as a “help-rejecting complainer” and a “whiner.” So much for a professional, caring environment.

There is a problem that relates to services for addiction and substance abuse by those with mental illness. There should be a separate program for young people with mental illness and those with addiction and substance abuse issues. Young people with mental illness, as in my daughter’s case, often self-medicate. It is a symptom of their illness that can become part of their lifestyle if not addressed early. Referring patients to programs like CORE that have a wide client experience, such as mandatory referrals from the justice system and long-term abusers, exposes those who are already vulnerable. My daughter was referred to CORE after being assaulted because she has an addiction to marijuana. The people she met in the program supplied her with pot and put her in touch with someone on probation who offered to pay her to cash some cheques for him. The cheques were counterfeit and, because we had a joint account, we had to repay the bank \$2,000.

Il s’agit apparemment d’un scénario idéal, mais il reste beaucoup à faire. Voilà ce que la Dre Milliken peut faire lorsqu’elle est disponible. Très souvent, elle ne peut voir ma fille qu’une fois toutes les deux semaines et une fois par semaine, en cas de crise.

Le système accuse de nombreuses lacunes. Jusqu’à présent, il a fallu le plus souvent que nous nous débrouillions nous-mêmes pour trouver les services comme les groupes d’entraide pour les jeunes et leur famille, de l’aide financière pour l’éducation et le logement, des établissements pour le traitement des toxicomanies, des soins en cas de crise et des possibilités d’emploi.

Certains problèmes se posent en ce qui concerne les soins en cas de crise. Autrefois, les seuls conseils que notre fille recevait de la ligne téléphonique de détresse et des services d’urgence des hôpitaux étaient de se rendre à l’hôpital si elle pensait vraiment que c’était nécessaire, ou de prendre une pilule, ou encore, de prendre rendez-vous avec son médecin. Trop souvent, l’aide n’est apparemment accessible que de 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi. Lorsque ma fille a été admise à l’urgence, l’année dernière, après avoir été victime d’un vol qualifié avec voies de fait, l’Hôpital Général et le Nova Scotia Hospital ne savaient apparemment pas s’il fallait l’aiguiller vers une personne du milieu psychiatrique. Généralement, le seul endroit auquel on peut s’adresser en cas de crise est le Nova Scotia Hospital, mais nous avons constaté que si la crise survient en dehors des heures de bureau, on passe les fins de semaine à faire des casse-tête et à regarder la TV.

Ma fille dit qu’elle est désespérée et que l’hôpital est le bout de ligne. Elle ne veut pas y retourner pour demander de l’aide. En février, l’équipe du Nova Scotia Hospital lui a recommandé de laisser tomber son emploi et d’axer tous ses efforts sur sa guérison et lui a dit que si elle décidait de continuer à travailler, elle donnerait la priorité à son emploi par rapport à sa maladie. Cependant, sa psychiatre, la Laing House et son omnipraticienne considèrent que son emploi est un facteur important dans son rétablissement. Elle a également été traitée de « plaignarde qui rejette l’aide » et de « geignarde » par un membre de l’équipe du NS Hospital. Que voilà un milieu professionnel compatissant!

Un problème se pose également en ce qui concerne les services axés sur la toxicomanie et sur la consommation abusive de substances psychoactives chez des personnes atteintes de maladie mentale. Il faudrait mettre en place un programme distinct pour les jeunes atteints d’une maladie mentale et pour ceux qui ont des problèmes de toxicomanie et de consommation abusive de substances psychoactives. Les jeunes atteints d’une maladie mentale, comme ma fille, font souvent de l’automédication. C’est un symptôme de leur maladie qui peut faire partie de leur style de vie si on n’intervient pas dès le début. L’aiguillage de patients vers des programmes comme CORE, qui ont une vaste expérience avec les clients, comme des aiguillages obligatoires du système judiciaire et d’agresseurs récidivistes, expose des personnes qui sont déjà vulnérables. Ma fille a été aiguillée vers CORE après avoir été agressée parce qu’elle fait de

There are also problems with the police. When my daughter reported the robbery/assault to the police, the investigating officer said that she really wondered if it happened, citing the fact that my daughter had a mental illness and a pot addiction. She suggested that my daughter had hallucinated or made up the story. The officer also suggested the my daughter may have sold what she reported as stolen for drugs as well as selling sex for her habit.

With respect to the incident with the counterfeit cheques last summer, I reported the fraud to the police, my daughter filled out the required report and we supplied copies of all the cheques. However, after numerous phone calls to find out the status of the case, I gave up because nobody called us back.

Costs of housing, transportation and prescription drugs continue to be problematic. Physical environment is especially important for those with mental illness; however, because they often have little or no income, they are often forced to live in the worst possible neighbourhoods filled with high crime, drugs and violence. In order to ensure she is living in a safe and positive environment, my daughter has been forced to move three times in one year. As a result, the team at NS Hospital called her a "princess" and stated she was spoiled because we supported her. The reality is, however, that without our financial support, even with social assistance or her current employment income, she cannot afford to be totally financially independent. What is needed is subsidized transportation and housing and free or low-cost prescription drugs for those suffering from mental illness commensurate with their incomes. Dental care is another issue.

We need funding for research in order to continue to advance drug therapy and to develop more effective treatments and a possible cure. With more funding dedicated to research, we can attract more psychiatrists and be able to offer better care. Often, negative side effects from medications currently available result in non-compliance, directly affecting physical health.

There is a general need for increased funding, not for more infrastructure, but for more hands-on care. More effective and expanded use of our existing resources is imperative: outreach teams to reduce the need for hospitalizations and for follow-up to

l'accoutumance à la marijuana. Les personnes qu'elle a rencontrées dans le cadre du programme lui ont fourni de la marijuana et l'ont mise en contact avec un homme en probation qui lui a proposé de la payer pour qu'elle encaisse des chèques pour lui. Les chèques étaient des faux et, parce que nous avions un compte commun, nous avons dû rembourser 2 000 \$ à la banque.

Certains problèmes se posent également au niveau de la police. Lorsque ma fille a signalé le vol qualifié avec voies de fait à la police, l'enquêteuse a dit qu'elle se demandait si cet événement était vraiment survenu, indiquant que ma fille était atteinte d'une maladie mentale et qu'elle faisait de l'accoutumance à la marijuana. Cette agente a laissé entendre que ma fille pouvait avoir eu une hallucination ou qu'elle avait pu monter l'histoire de toute pièce. Elle a également laissé entendre que ma fille avait peut-être vendu les articles dont elle déclarait le vol pour se procurer de la drogue et la soupçonnait de se prostituer pour s'en payer.

En ce qui concerne l'incident des faux chèques survenu l'été dernier, j'ai signalé la fraude à la police; ma fille a rempli le rapport requis et nous avons fourni des copies de tous les chèques. Cependant, après avoir fait toute une série d'appels téléphoniques pour savoir où en était l'affaire, j'ai laissé tomber parce que, de toute façon, personne ne donnait suite.

Les coûts du logement, des transports et des médicaments d'ordonnance continuent de poser des problèmes. L'environnement physique est particulièrement important pour les personnes atteintes de maladie mentale; cependant, comme elles n'ont généralement qu'un maigre revenu ou aucun moyen de subsistance, elles sont souvent forcées de vivre dans les pires quartiers où le taux de criminalité est élevé et où la drogue et la violence règnent. Pour pouvoir vivre dans un environnement sûr et favorable, ma fille a été forcée de déménager trois fois en un an, à la suite de quoi l'équipe du NS Hospital l'a traitée de « princesse » et a dit que c'était une enfant gâtée parce que nous la soutenions. En fait, sans notre soutien financier et malgré l'assistance sociale et son revenu d'emploi actuel, elle n'a pas les moyens d'être entièrement indépendante sur le plan financier. Il serait nécessaire de fournir des services de transport et de logement subventionnés aux personnes atteintes de maladie mentale et de leur fournir les médicaments d'ordonnance gratuitement, ou alors à coût très réduit, en proportion de leur revenu. Les soins dentaires posent un autre problème.

Il est essentiel d'assurer le financement de la recherche pour que l'on continue à faire progresser la pharmacothérapie et pour élaborer des traitements plus efficaces, voire un remède. Un financement accru de la recherche permettrait d'attirer un plus grand nombre de psychiatres et d'offrir de meilleurs soins. Souvent, les effets secondaires néfastes des médicaments actuellement disponibles incitent les patients à ne pas prendre leurs médicaments, ce qui a une incidence directe sur leur santé physique.

On constate un besoin accru général de fonds, pas pour mettre en place de nouvelles infrastructures, mais pour dispenser davantage de soins directs. Une utilisation plus efficace et plus large des ressources disponibles est impérative : des équipes

crisis care; outreach programs in schools with mental health being a mandatory part of health education starting in junior high school or even earlier; regular psychotherapy that is flexible to allow for participation in the workforce. Overall, a national health care policy with national standards for mental health care should be established to ensure that every Canadian citizen is assured the same quality of care and equal access to the system.

For the most part, I agree with all of the observations and recommendations I have read in preparing for my presentation today.

Mr. Chairman: I thought you were going to read the part there from your daughter.

Ms. House: No.

Mr. Chairman: Okay. Thank you very much.

Ms. Joyce Taylor, as an individual: First of all, I wish to thank you for the privilege of participating in this endeavour to bring changes to our mental health system. As I am 81 years of age, I may not be around to see the outcome of these expected changes, but at least I have the comfort of knowing that they are in the works.

My reason for being here is that I have a son who developed schizophrenia when he was around 19, just beginning college. He is now 48 years old. In the intervening years, he spent 10 years living on the streets of cities from the East to the West Coasts of Canada. Hence, I know quite a lot about how the mental system worked in the early years throughout the country — because I used to have to come and find him.

His illness started when little was known about mental illnesses; therefore, little help was available. Since then, of course, more sophisticated medications have been developed. We know one of these atypical medications does work for him, but, unfortunately, because he does not believe he is ill, he remains largely untreated. Like many others who fall into this category, he is a most unhappy person who lives an isolated life on the fringe of society.

People who go off of medication, if they are looked after by their parents or relatives or another caregiver so that they are not on the street and a nuisance to society, are largely ignored. They simply do not exist. They are on the trash heap, in other words, which is most frustrating for parents and relatives.

My son can at times be verbally abusive and he does become psychotic when he is off medication. At other times, his old personality appears and he is a very, very nice person, but difficult to be with.

mobiles afin de réduire les besoins en matière d'hospitalisation et de suivi des soins d'urgence; des programmes de sensibilisation dans les écoles, la santé mentale faisant obligatoirement partie de l'éducation en santé à partir du niveau secondaire inférieur, voire avant cela; de la psychothérapie régulière, assouplie de façon à permettre la participation sur le marché du travail. D'une façon générale, il faudrait mettre en place une politique nationale de soins de santé incluant des critères nationaux en matière de soins de santé mentale, afin de garantir à tous les Canadiens des soins d'une qualité uniforme et un accès égal au système.

J'approuve en majeure partie les observations et les recommandations que j'ai lues en préparant mon exposé.

Le président : Je pensais que vous alliez lire le texte préparé par votre fille.

Mme House : Non.

Le président : Bien. Je vous remercie.

Mme Joyce Taylor, à titre personnel : Je tiens avant tout à vous remercier pour ce privilège de participer à vos efforts visant à provoquer des changements dans notre système de santé mentale. Étant donné que je suis âgée de 81 ans, je ne serai peut-être plus là pour voir les résultats des changements escomptés, mais j'ai au moins le réconfort de savoir qu'ils sont en cours.

Le motif de ma participation est que j'ai un fils qui a été atteint de schizophrénie vers l'âge de 19 ans, juste avant d'entamer ses études collégiales. Il est maintenant âgé de 48 ans. Entre-temps, il a vécu une dizaine d'années dans les rues de plusieurs villes, de la côte est à la côte ouest du Canada. Par conséquent, je connais assez bien le fonctionnement du système de santé mentale depuis sa mise en place et ce, à l'échelle nationale, car je devais souvent partir à sa recherche.

Sa maladie s'est déclarée lorsque les connaissances sur les maladies mentales étaient très rudimentaires; par conséquent, l'aide accessible était très restreinte. Depuis lors, des médicaments plus sophistiqués ont été, naturellement, mis au point. Nous savons qu'un de ces médicaments atypique est efficace dans son cas, mais il n'admet malheureusement pas qu'il est malade et, la plupart du temps, ne suit aucun traitement. À l'instar de bien d'autres personnes atteintes de ce type de maladie, c'est une personne très malheureuse qui vit dans l'isolement, en marge de la société.

La société ne se préoccupe généralement pas des personnes qui cessent de prendre des médicaments si leurs parents ou d'autres membres de leur famille, ou un autre aidant naturel s'occupent d'elles afin qu'elles ne traînent pas dans les rues et qu'elles ne soient pas une nuisance pour la société. Elles n'existent pas. Autrement dit, ce sont des rebuts de la société, ce qui est frustrant pour les parents et la famille.

Mon fils a parfois des accès de violence verbale et il devient psychotique lorsqu'il ne prend pas ses médicaments. À d'autres occasions, son ancienne personnalité reprend le dessus et c'est une personne extrêmement gentille, mais difficile à vivre.

I was gratified to notice that most of what I had written in my replies to your questionnaire must have been echoed by many others across the nation. It was amazing. I think you have done a tremendous job, because there was not much in it that was lacking that I had experienced.

I will comment briefly on two items, the first being the stigma attached to mental illness. I will not go into my son's history, because you will hear many case histories. We know being stigmatized has a profound effect on people living with mental illness, just as we are all aware of its disastrous consequences on human life. In my son's case, it has proved to be absolutely crippling.

I have learned over the years that you cannot eradicate, you can only educate. Education is the first stage. The more information we can share, the more understanding and empathy the general public will acquire.

The second stage is trying to stop people from making hurtful remarks and reporting in a discriminatory manner in the media. To this end, I found an article recently about an American by the name of Stella March, who also has a son with schizophrenia. She worked with NAMI in 1995 to launch a campaign against discrimination directed at the mentally ill. She soon realized that stigmatization deeply imbedded in our culture was the forerunner to discrimination. Consequently, a group was formed and StigmaBusters was founded.

First, Stella attempted to work within the media, particularly Hollywood, before she realized that it would not work. Producers of films, writers of scripts and authors of books would lose money if they stopped production after the fact. So she changed her tactics to one of educating instead of censoring, by informing corporations, media and authors of the harm they inflict upon a large group of people when they allow derogatory remarks and when they allow works such as the film starring Jim Carrey, entitled *Me, Myself and Irene*, to be made. At one time, Nestlé produced a line of Tasty Tangy Taffy bars featuring wrappers bearing names such as "Psycho Sam," "Loony Jerry" and "Weird Willie." Nestlé was persuaded to change their packaging, perhaps aided by a letter from former First Lady Rosalynn Carter. Stella reported many other instances of cooperation involving Disney World and other well-known television and film producers.

The StigmaBusters group also produced an education brochure in which there was a paragraph outlining every sort of mental illness followed by the kind of language that hurts and stigmatizes. She sent 8,000 copies of these brochures to the Writers Guild of America. She also sends letter of commendation when good things happen, as in the case of the film *A Beautiful Mind*.

J'ai été contente de remarquer que la plupart des commentaires que j'avais inscrits sur ma feuille en réponse à votre questionnaire ont été faits par de nombreuses autres personnes de toutes les régions du pays. C'était étonnant. Je pense que vous avez fait un travail remarquable parce que la plupart des situations que j'ai connues sont évoquées dans votre questionnaire.

Je ferai de brefs commentaires sur deux points, le premier concernant les stigmates associés à la maladie mentale. Je ne raconterai pas l'histoire de mon fils parce qu'on vous décrira de nombreux cas semblables. Nous savons que la stigmatisation a des conséquences profondes sur les personnes atteintes de maladie mentale, comme elle a des conséquences catastrophiques sur la vie humaine. Dans le cas de mon fils, ses conséquences se sont avérées absolument désastreuses.

J'ai appris avec les années que l'on ne peut pas faire complètement disparaître certaines attitudes et que l'on peut uniquement faire de la sensibilisation. La sensibilisation est la première étape. Plus nous avons d'information à partager, et plus le grand public sera informé et aura de l'empathie.

La deuxième étape est de tenter de mettre un terme aux réflexions blessantes et aux commentaires discriminatoires dans les médias. À ce propos, j'ai trouvé dernièrement un article concernant une Américaine, appelée Stella March, qui a également un fils atteint de schizophrénie. Elle a travaillé avec la NAMI en 1995 pour lancer une campagne contre la discrimination à l'égard des malades mentaux. Elle s'est vite rendu compte que la stigmatisation profondément ancrée dans notre culture était à l'origine de la discrimination. Par conséquent, un groupe a été créé et c'est ainsi que StigmaBusters a vu le jour.

Stella a tenté de collaborer avec les médias, surtout avec l'industrie du cinéma de Hollywood, avant de se rendre compte que ce ne serait pas efficace. Les producteurs de films, les scénaristes et les auteurs de livres perdraient de l'argent s'ils arrêtaient la production après coup. Par conséquent, elle a changé de tactique pour entreprendre une campagne de sensibilisation au lieu de faire de la critique, en informant les entreprises, les médias et les auteurs des préjugés qu'ils causent à un groupe important de la population lorsqu'ils tolèrent des commentaires désobligeants et qu'ils acceptent des œuvres telles que le film intitulé *Fous d'Irène*, dont la vedette principale est Jim Carrey. À une certaine époque, Nestlé a produit une gamme de barres Tasty Tangy Taffy dont l'emballage portait des noms tels que « Psycho Sam », « Loony Jerry » et « Weird Willie ». On a convaincu Nestlé de modifier ses emballages, probablement grâce à une lettre de l'ex-première dame des États-Unis, Rosalynn Carter. Stella a signalé de nombreux cas de collaboration entre Disney World et d'autres producteurs connus d'émissions télévisées et de films.

Le groupe StigmaBusters a produit en outre une brochure d'information contenant un paragraphe contenant la liste de toutes les maladies mentales avec les types de commentaires qui blessent et stigmatisent. Elle a envoyé 8 000 exemplaires de ces brochures à la Writers Guild of America. Elle envoie également des lettres de félicitations lorsque quelqu'un réalise une œuvre constructive comme le film intitulé *Un homme d'exception*.

I believe we can use a plan like this in every province. Perhaps this could be another job for the Canadian Mental Health Association.

You can visit the StigmaBusters website and you can e-mail Stella. I can give you the address, if you wish. I have given it out over and over. The group started with 950 people on its mailing list. There are now 15,000 concerned people all over the world working to eliminate the stigma attached to mental illness by receiving StigmaBusters alert emails.

Perhaps because I have been a teacher, I cannot help but feel strongly that our population should be better informed about mental health issues. As a result, I took it upon myself to send letters to as many media outlets as I could contact throughout the province of Nova Scotia when I learned that the province was contemplating revising its Mental Health Act. At that time, I also mentioned the Kirby report, but did not go into details because I did not know any. I have also on several occasions written scathing personal letters about the breakdown of mental health services to the Government of Nova Scotia, with copies to the Leader of the Opposition as well as the newspapers.

At this time, someone has the huge job of educating the public about mental illness. Perhaps we should change the terminology to "mental wellness." We need to put a face on the subject and let the public know how many kinds of mental illnesses there are, especially in relation to other sicknesses. People should know that people with a mental illness can lose everything they hold dear, sometimes never to regain it. For instance, how many people develop schizophrenia? I am sure the people would be shocked to know that it is as many as 1 per cent of our population, and this is consistent with other countries worldwide. How many people have bipolar disorder? How many people suffer from a debilitating depression that can keep them in bed for most of the day? How many will commit suicide? In fact, one in five Canadians at some point in their lives will develop a mental illness of some kind — and it can strike without warning in any family and at any age, whatever their circumstances.

Many newspaper articles are misleading regarding the expenditure of money for mental health. While the sums quoted seem enormous, there is never an explanation for why this amount is insufficient for what is truly needed. Because the public is ill informed, they tend to believe that all is well with the system. However, for those of us who are involved in the system, trying to obtain treatment for our relatives, we know better. All this should be public knowledge. I note that millions of dollars can usually be found to help businesses, but the same does not apply to mental health.

Je pense que l'on pourrait instaurer un plan analogue dans toutes les provinces. Ce serait peut-être une autre tâche que l'on pourrait confier à l'Association canadienne pour la santé mentale.

Vous pouvez consulter le site Web de StigmaBusters et envoyer un courriel à Stella. Je peux vous donner l'adresse, si vous voulez. Je l'ai communiquée à de nombreuses personnes. Au début, cet organisme avait 950 personnes sur sa liste d'envoi. Il y a actuellement 15 000 personnes à travers le monde qui s'appliquent à faire disparaître les stigmates associés à la maladie mentale en recevant les courriels d'alerte de StigmaBusters.

Je ne peux pas m'empêcher d'être convaincue que notre population devrait être mieux informée sur les questions liées à la santé mentale; c'est peut-être parce que j'ai été enseignante. J'ai donc décidé d'envoyer des lettres au plus grand nombre d'entreprises du secteur des médias que j'ai pu contacter, dans toute la province de la Nouvelle-Écosse, lorsque j'ai appris que le gouvernement envisageait de réviser la Mental Health Act. J'ai également mentionné alors le rapport Kirby, sans entrer dans les détails parce que je n'en connais pas la teneur de façon détaillée. J'ai en outre envoyé à plusieurs occasions des lettres acerbes au gouvernement de la Nouvelle-Écosse, avec des copies adressées au chef de l'opposition ainsi qu'aux journaux, sur la détérioration des services de santé mentale.

À l'heure actuelle, quelqu'un a la lourde tâche de sensibiliser le public sur la maladie mentale. Il faudrait peut-être remplacer ce terme par « bien-être mental ». Il est essentiel de mettre un visage sur le sujet et de faire savoir à la population combien de types de maladies mentales ont été dénombrées, surtout en association avec d'autres maladies. Il faudrait que le public sache que les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent perdre tout ce qui leur est cher, parfois pour ne jamais le retrouver. Combien de personnes deviennent schizophrènes, par exemple? Je suis certaine que les gens seraient très étonnés d'apprendre que pas moins de 1 p. 100 de notre population est atteinte et que ce pourcentage est comparable à celui que l'on relève dans d'autres pays. Combien de personnes sont atteintes du trouble affectif bipolaire? Combien de personnes souffrent d'une dépression débilante qui les oblige à garder le lit presque toute la journée? Combien de personnes se suicideront? En fait, un Canadien sur cinq contractera, à un moment ou à un autre de sa vie, une maladie mentale quelconque; en outre, la maladie peut frapper sans avertissement, dans n'importe quelle famille et à n'importe quel âge, quelles que soient les circonstances.

De nombreux articles de journaux induisent en erreur en ce qui concerne les dépenses dans le secteur de la santé mentale. Alors que les sommes citées paraissent colossales, les journaux n'expliquent jamais les raisons pour lesquelles elles sont insuffisantes pour répondre aux véritables besoins. Étant donné que la population est mal informée, elle a tendance à penser que le système est très efficace. Cependant, ceux et celles qui ont recours au système pour tenter de faire suivre un traitement à des membres de leur famille savent que ce n'est pas le cas. Tout cela devrait être de notoriété publique. Je remarque que l'on arrive généralement à trouver des millions de dollars pour aider les entreprises, mais pas pour la santé mentale.

There must be a reordering of our national priorities, with mental health at the top of the list. It is a question of sharing the wealth of this country more fairly. I would like to see a separate budget set aside for mental health, with guaranteed accountability, with never any cutbacks, at least until the huge backlog of needed services has been dealt with.

Municipal and provincial governments also have a responsibility of improving the lifestyle of our mentally ill. People with mental illness should not be reduced to living on the street or in shelters and begging for food. Governments and the general population need to know that these people are ill, that they cannot help themselves and that they need a lot of help to take that step up. Only then will a person with mental illness be able to have a more normal lifestyle. With this kind of information, the public will be better informed and perhaps have more empathy. Stigmatization may not become so ingrained.

If we could prevail on all governments to give the issue of mental health the same kind of priority that child welfare received this year, it would help overcome past neglect. We have all seen the advertisements about diabetes, the hidden disease, or the national program on the hazards of smoking. The issue of mental health needs to be the subject of a public awareness campaign similar to the ones I just mentioned. We also need to advertise where to go to get help for mental health and addictions. We need to advertise in schools, libraries, stores, theatres, bus stops, anywhere and everywhere that will catch the public's attention. This will also serve to raise public awareness. If we can have a nation that now speaks of cancer as an everyday topic instead of the forbidden subject it once was, surely we can do the same for people with mental health issues. Only then will they begin to feel accepted and not ostracized from the mainstream of society.

If memory serves me, there was something in your report where you questioned how changes can be accomplished to an established system. There has to be a softening-up period, where information is discussed with various departments, much in the way you have developed this report. Perhaps if they are made aware that it is foremost in the interest of mental health patients that the changes have to happen, with the emphasis on "have to," it may sponsor ideas and goodwill.

Catching the illness early, with appropriate medication, results in a more normal lifestyle than could be possible with the older medications and a later start at recovery. For people like my son, however, the future is bleak, if the medical system does not come

Il est essentiel de modifier l'ordre de nos priorités nationales, en plaçant la santé mentale en tête de liste. C'est une question de partage plus équitable des richesses de ce pays. J'aimerais que l'on prévoie un budget distinct pour la santé mentale avec un système de reddition de comptes garantie et avec la garantie que ce budget ne sera jamais réduit, du moins pas avant que l'on ait rattrapé l'énorme retard en matière de services.

Les administrations municipales et les gouvernements provinciaux ont en outre la responsabilité d'améliorer le style de vie des malades mentaux. Les personnes atteintes de maladie mentale ne devraient pas être réduites à vivre dans la rue ou dans des refuges, ni à mendier pour se nourrir. Il est essentiel que les gouvernements et la population sachent que ces personnes sont malades, qu'elles sont incapables de subvenir à leurs besoins et qu'elles ont besoin de beaucoup d'aide pour remonter la pente. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là qu'une personne atteinte de maladie mentale sera en mesure d'avoir un style de vie normal. Grâce à ce type d'information, la population sera mieux informée et aura peut-être davantage d'empathie. Il ne faut pas que la stigmatisation reste aussi profondément ancrée.

Si nous arrivions à convaincre tous les gouvernements d'accorder à la santé mentale le même type de priorité que celle qui a été attribuée au bien-être de l'enfant cette année, cela aiderait à remédier aux lacunes du passé. Nous avons tous vu la publicité sur le diabète, la maladie cachée, ou la campagne nationale sur les risques liés au tabagisme. Il est essentiel que la santé mentale devienne l'objet d'une campagne de sensibilisation analogue à celles que je viens de mentionner. Il est en outre impératif de faire savoir à qui il faut s'adresser pour obtenir de l'aide pour les problèmes de santé mentale et pour les toxicomanies. Il est de surcroît essentiel de faire de la publicité dans les écoles, dans les bibliothèques, dans les magasins, dans les cinémas et les théâtres, aux arrêts de bus, et dans tous les lieux où elle attirera l'attention du public. Elle servira à sensibiliser davantage la population. Si l'on est maintenant dans un pays où l'on peut parler tous les jours de cancer alors qu'auparavant, c'était un sujet tabou, nous pouvons certainement obtenir le même résultat en ce qui concerne les questions liées à la santé mentale. Ce n'est qu'alors que les victimes de maladies mentales se sentiront acceptées au lieu d'être ostracisées par la société.

Si j'ai bonne mémoire, il y a un passage de votre rapport dans lequel vous vous demandiez comment on pouvait apporter des changements à un système bien établi. Il est essentiel de prévoir une période de transition au cours de laquelle on discutera de l'information recueillie avec les représentants de divers ministères, comme vous l'avez fait dans le contexte de la préparation du présent rapport. S'ils sont sensibilisés au fait qu'il est dans l'intérêt des patients que l'on apporte certains changements, cela fera peut-être jaillir des idées et provoquera un élan de bonne volonté.

Si l'on s'y prend dès les premiers signes de maladie, et que l'on administre les médicaments adéquats, la personne pourra mener un style de vie plus normal que si on lui avait administré des médicaments plus anciens et que si le rétablissement avait été

to the realization that there are many older, chronically ill people who need specialized programs to bring them to wellness.

Thousands of dollars are spent each week on patients who will not stay on medication. Who do patients stop taking their medication? My son, for example, is intelligent enough to know that it is a necessary requirement for him to get better. However, he does not feel he needs medication. We know how ill he can be and worry that more brain damage is occurring. Historically, psychoanalytical theories predominated to explain poor decision making in schizophrenics. Defensiveness was one theory, stubbornness another, and even cultural values were suggested. However, recent research has another explanation. Dr. Xavier Amador, a well-known psychiatric researcher, suggests that people with pervasive problems, with lack of insight and illogical ideas, suffer from neurological deficits. They can be helped, however, with special programs.

That is what I find frustrating, because I do not think many of our medical people have caught up to that kind of research. I know that research is 10 years old, and that they should know about it, but I do not believe they have. So, consequently, there are no programs directed at this special disability.

As far as my son is concerned, it is as though he is living in a time warp of when his illness began over 20 years ago. People like my son believe they have the same abilities and same prospects they enjoyed prior to becoming ill. This is evident whenever my son discusses unrealistic plans of moving to another province or getting a job.

I sat in on a group meeting with my son at the time of release from hospital some years ago when plans were being discussed for his release. In a short time, he became furious and left the room. I now understand why. Everyone was telling him what he could not do. He was sure they were overlooking his abilities and intelligence. He was insulted. The hospital staff was right, of course, in their own way, but they were also lacking insight.

As I said earlier, there has to be a reordering of our priorities, a reordering that puts mental health at the top of the list. There needs to be centralization of research, budget, personnel and programs. The federal government is the logical choice to coordinate everything, so that each province is able to treat their mentally ill with equality, unlike today.

amorcé plus tard. Pour les personnes comme mon fils cependant, l'avenir est sombre, si le système médical ne se rend pas compte que de nombreux malades chroniques plus âgés ont besoin de programmes spécialisés pour assurer leur bien-être.

On dépense chaque semaine des milliers de dollars pour des malades qui ne continuent pas de prendre leurs médicaments. Qu'est-ce qui les incite à agir ainsi? Mon fils, par exemple, est suffisamment intelligent pour savoir que les médicaments sont absolument nécessaires dans son cas pour que son état s'améliore. Cependant, il n'est pas conscient d'avoir besoin de médicaments. Nous savons qu'il peut être très malade et nous craignons de nouvelles lésions cérébrales. Historiquement, ce sont les théories psychoanalytiques qui ont prédominé et qui expliquent les décisions peu judicieuses qui ont été prises en ce qui concerne les schizophrènes. L'attitude de défensive était une théorie, l'entêtement une autre, et on a même avancé que la maladie pourrait être liée aux valeurs culturelles. Cependant, des études récentes fournissent une autre explication. Le Dr Xavier Amador, un chercheur spécialisé en psychiatrie très connu, indique que les personnes ayant des problèmes généraux, un manque de perspicacité et un manque de logique, souffrent de déficits neurologiques. On peut toutefois les aider avec des programmes spéciaux.

C'est ce qui est frustrant, car je ne pense pas que la plupart des membres du corps médical se soient alignés sur les résultats de ce type de recherche. Je sais que la recherche remonte à 10 années et qu'ils devraient être au courant, mais je ne pense pas qu'ils le soient. Par conséquent, on n'a pas mis en place des programmes axés sur cette invalidité particulière.

En ce qui concerne mon fils, c'est comme s'il vivait encore à l'époque où sa maladie s'est déclarée, il y a une vingtaine d'années. Les personnes comme mon fils pensent qu'elles ont les mêmes aptitudes et les mêmes perspectives qu'avant de tomber malades. C'est visible chaque fois que mon fils fait des projets fantasques de déménagement dans une autre province ou qu'il parle de chercher un emploi.

J'ai assisté avec mon fils à une réunion de groupe, après sa sortie de l'hôpital, il y a quelques années, au cours de laquelle on discutait des projets pour sa sortie. En un rien de temps, il s'est mis en colère et est sorti de la pièce. Je comprends maintenant pourquoi. Toutes les personnes présentes lui disaient ce qu'il ne pouvait pas faire. Il était certain qu'elles ne tenaient pas compte de ses aptitudes ni de son intelligence. Il était insulté. Le personnel de l'hôpital avait raison, naturellement, mais il manquait de perspicacité.

Comme je l'ai mentionné, il faut revoir l'ordre de nos priorités pour placer la santé mentale en tête de liste. Une centralisation de la recherche, des budgets, du personnel et des programmes s'impose. Le gouvernement fédéral est le choix logique pour la coordination de toutes les activités, pour que les diverses provinces soient en mesure de traiter leurs malades mentaux en respectant le principe de l'égalité, contrairement à ce qui se passe actuellement.

Speaking of centralizing, my husband, who is a disabled veteran, has had to deal with the Veterans Affairs Department of the federal government over many years. He has always been met with efficiency wherever has been living. Centralization has worked in this area.

A short time ago, I took some pamphlets to a doctor's office in a small town in the Maritimes and asked him if he would place them in a conspicuous place on his desk — because I knew some of his patients included parents of newly diagnosed adult children with schizophrenia. He told me he could not oblige me because it would make many of his other patients uncomfortable.

There is also an urgent need to let people know that violent behaviour of people suffering from schizophrenia, for instance, is usually in the same range as the general population, and so is their intelligence. The newspapers, at times, have a field day with negative stories involving this illness. It should also be noted in the media that the welfare of these people has been neglected for many, many years.

When mental institutions emptied because of the advent of drugs, the money saved should have been spent on much-needed housing and outpatient clinics as well as on research. Instead, we have wound up with a woefully underfunded system with a very serious problem in delivering needed services. Very few, if any, innovative programs have been developed. Research was left up to the big drug companies, and we now pay a very high premium whenever we use their drugs.

The indifference of past governments has resulted in the neglect of mental health issues. I feel very strongly that the public must be fully informed so that they will know why mental health should become a priority. In your report, chapter eight, when you mention that those patients with severe and persistent mental disorders have been badly served by insufficient funding, this is what you were informed of. Well, I concur absolutely. My son has been in his mental hell because there are insufficient programs. Programs that have been attempted in his case largely fail because of lack of money.

A recent example is where I asked to have a case worker and a psychiatrist. It is a team approach. It did not work for him because he is a very difficult patient. He needs to be seen daily, not once a week or twice a week — or, if the psychiatrist is unavailable, not for couple of weeks. It does not work with him. He needs a rigorous program with lots of preparation, and they have to get to know him. I know my son is not typical, but he certainly is not unique. There are many in his age group where this has happened.

À propos de centralisation, mon mari, qui est un invalide de guerre, a dû avoir des contacts avec le ministère fédéral des Affaires des anciens combattants pendant de nombreuses années. Les services ont toujours été très efficaces, où qu'il habite. La centralisation s'est avérée efficace dans ce secteur.

Il y a peu de temps, j'ai porté quelques brochures à un médecin d'une petite ville des Maritimes et lui ai demandé s'il les placerait bien en évidence sur son bureau — parce que je savais que parmi ses patients, il avait les parents d'enfants adultes ayant reçu depuis peu un diagnostic de schizophrénie. Il m'a dit qu'il ne pouvait pas me rendre ce service parce que cela mettrait la plupart de ses autres patients mal à l'aise.

Il est en outre urgent d'informer la population du fait que le comportement violent des personnes souffrant de schizophrénie, par exemple, est généralement comparable au comportement violent dans la population en général, et leur intelligence aussi. Les journaux s'en donnent parfois à cœur joie en publiant des histoires qui font voir cette maladie sous un jour négatif. Il convient également de signaler que le bien-être de ces personnes est négligé depuis de nombreuses années par les médias.

Quand les établissements psychiatriques se sont vidés grâce à l'apparition des médicaments sur le marché, les fonds économisés auraient dû servir à financer des logements et des cliniques externes bien nécessaires, ainsi qu'à financer la recherche. Nous avons, au contraire, fini par avoir un système dont le financement était très insuffisant ayant de très grosses difficultés à fournir les services nécessaires. Très peu de programmes novateurs ont été élaborés, et même peut-être aucun programme. La recherche a été laissée aux grosses sociétés pharmaceutiques et nous payons maintenant une surcharge très élevée lorsque nous utilisons leurs médicaments.

En raison de l'indifférence des gouvernements antérieurs, les questions liées à la santé mentale ont été négligées. Je suis convaincue qu'il est essentiel que le public soit bien informé afin qu'il sache pourquoi la santé mentale devrait devenir une priorité. Dans votre rapport, au chapitre huit, vous mentionnez que les patients atteints de graves troubles mentaux persistants ont été très mal servis faute de fonds suffisants; c'est du moins ce qu'on vous a appris. Je suis entièrement d'accord. Mon fils a vécu un enfer psychologique parce que les programmes ne sont pas suffisants. Les programmes qui ont été essayés dans son cas ont été en majeure partie un échec par manque de fonds.

Par exemple, j'ai fait dernièrement une demande pour avoir un travailleur chargé du cas et un psychiatre. C'est une approche d'équipe. Cette méthode n'a pas été efficace en ce qui concerne mon fils parce que c'est un patient très difficile. Il est essentiel de le voir tous les jours, et pas une fois ou même deux fois par semaine, voire, si le psychiatre n'est pas disponible, toutes les deux semaines. Cette approche n'est pas efficace dans son cas. Il a besoin d'un programme élaboré de façon rigoureuse, qui nécessite une longue préparation, et il est essentiel que les intervenants apprennent à le connaître. Je sais que mon fils n'est pas un cas typique, mais il n'est certainement pas unique. De nombreuses personnes de son groupe d'âge sont atteintes de ce type de maladie.

There are not enough personnel, not enough training that the program gives us, not enough hours, not enough research. I am now desperate to obtain help for him. My only recourse I fear is to go to the United States and find out what they are doing there — and that is a condemnation of our system when we cannot find anything that is going to work.

I would like to see money used in a different way. We do not need large hospitals. I believe we could use smaller clinics all over, in cities, in rural areas. You need smaller clinics, informal, staffed by paramedics that are trained in dealing with patients that require psychiatric treatment and that have to be administered medication, with one supervising psychiatrist. In this electronic age, a psychiatrist could have maybe five or six clinics under his supervision. People can hand out pills if the psychiatrist tells them what to do. As well, if the atmosphere was informal, a drop-in type of atmosphere, where the patients are welcomed by first names, there would not be this hesitancy about receiving help.

In Calgary, many years ago, there was a drop-in centre called the Mustard Seed. One time, when my son was on the road and I finally found him, I got in touch with the Mustard Seed. I asked them to please give him money occasionally, every month or whenever he needed it, and to keep in touch with me to let me know how he was — because I knew I would never hear. They explained their program to me, and the bottom line was that they were non-judgmental. They would accept anybody. They knew if an individual was mentally ill, and they would watch that person. They would not go up to the person and say, “Hey, you need medication.” They would watch the person, gain his or her trust, and when they thought the time was right they would try to get the individual to take medication or go to a hospital, that kind of thing.

My son did not benefit from that program — because he became very nervous when they began to ask too many questions, and he left. However, I did hear that they were successful in helping other people to get on medication, by their attitude, by their reception. That is the kind of thing we need to develop.

Mr. Chairman: Sheila, because you have a long presentation and I want to make sure we have time for questions, can you hit the main points?

Ms. Sheila Morrison, as an individual: Yes, I will try to do that.

Mr. Chairman: We will all read it in its entirety. Thanks.

Le programme n’a pas un personnel suffisant et ne donne pas une formation suffisante; il ne prévoit pas assez d’heures ni assez de recherche. Je désespère maintenant d’obtenir de l’aide pour lui. Mon seul recours, je le crains, serait d’aller aux États-Unis et de voir ce que l’on y fait — et c’est en soi une condamnation de notre système lorsqu’on n’arrive pas à trouver une solution efficace.

Je voudrais que les fonds soient utilisés de façon différente. Il n’est pas nécessaire que nous ayons de grands hôpitaux. Je pense qu’il serait plus utile d’implanter de petites cliniques un peu partout, dans les villes, et dans les régions rurales. Il est essentiel de mettre en place de petites cliniques non officielles, avec du personnel paramédical qui a reçu une formation pour savoir comment s’y prendre avec les patients qui nécessitent un traitement psychiatrique, ou auxquels il est nécessaire d’administrer des médicaments, sous la supervision d’un psychiatre. En cette ère de l’électronique, un psychiatre pourrait avoir sous sa direction peut-être cinq ou six cliniques, dont le personnel infirmier pourrait distribuer les pilules si le psychiatre leur explique ce qu’il faut faire. En outre, si l’atmosphère était détendue, s’il s’agissait d’une atmosphère analogue à celle que l’on trouve dans les centres d’accueil, où l’on connaît les patients personnellement, ceux-ci n’hésiteraient pas à chercher de l’aide.

Il y a des années, il y avait à Calgary un centre d’accueil appelé le Mustard Seed. Un jour, alors que je venais de retrouver mon fils qui était une fois de plus sur la route, j’ai communiqué avec le Mustard Seed. J’ai demandé au personnel de lui remettre de l’argent à l’occasion, une fois par mois ou lorsqu’il en avait besoin, et de rester en contact avec moi pour que je sache comment il allait — parce que je savais que je n’aurais jamais de nouvelles de lui. Ils m’ont expliqué leur programme et la caractéristique principale de ce programme est que l’on ne portait aucun jugement. Ce centre accueillait tout le monde. Les membres du personnel savaient que si une personne était un malade mental, ils veilleraient sur elle. Ils ne l’interpelleraient pas pour lui rappeler qu’elle devait prendre ses médicaments. Ils veillaient sur elle, gagnaient sa confiance et, lorsqu’ils jugeaient que le moment était opportun, tentaient de la convaincre de prendre ses médicaments ou de se rendre à un hôpital, par exemple.

Mon fils n’a pas tiré profit de ce programme parce qu’il est devenu très nerveux quand on a commencé à lui poser trop de questions, et il est parti. Cependant, j’ai entendu dire que ce centre avait aidé d’autres personnes à prendre leurs médicaments, grâce à l’attitude et à l’accueil de son personnel. C’est le type d’initiative qu’il est essentiel de développer.

Le président : Madame Morrison, étant donné que votre exposé est long et que je veux m’assurer qu’il nous restera du temps pour poser des questions, j’aimerais que vous en exposiez uniquement les principaux points.

Mme Sheila Morrison, à titre personnel : Oui, je m’efforcerai de le faire.

Le président : Nous lisons votre texte intégralement. Je vous remercie.

Ms. Morrison: Thank you very much for listening. You have no idea how much it means to us, really. Everybody has pretty much told my story, and everything that everybody has said this morning applies to me, too.

Our daughter is 31. She has paranoid schizophrenia. She had a wonderful life until she was about 16 and in high school, then she fell ill and until just recently has been in the hospital ever since, till the age of 31. She has just recently been discharged into a small options home. So, my experience has a lot to do with what being in the hospital is all about and, more recently, what the transition to the larger community is all about and, in particular, learning how to become a valued citizen. Being somebody of value and worth is just so difficult.

I am an educated person. Between us, my husband and I have five degrees. I have worked in the hospital system. Nevertheless, I cannot begin to tell you how difficult it is to navigate the whole system.

The first and the worst experience occurred when my daughter was first acutely ill. Because she was over the age of majority and therefore legally independent, we were not allowed to give a history for her for days and days. She had never left our home, because she was a little bit socially immature. She had never been away from us. She had never had friends, which in retrospect was part of her illness, but we did not know that. We were not allowed to talk to staff. It was unbelievable. We were both professional, well-spoken people. I did not know aggressive I could become. I am a very, very angry lady, but I have learned how to tame it. However, I have also learned how to use my anger well, and I do not hesitate to ask "Who is your boss?" and just continue to demand what I need. That is too bad. I do not like being that kind of person, but it has been very necessary.

I am very upset by the lack of visibility of treatment. We say that the illness is invisible, yet services and supports are also very hard to find. You can walk through a mall, have a toothache and see a dentist's office, which prompts you say, "I have to go home and call that dentist to get my tooth fixed." However, when you walk through a mall with a little bit of anxiety as a caregiving mother or a daughter with schizophrenia walking along with her mother, you think, "Oh, I have to get the hell out of here." You do not think about, "What am I going to do today about my anxiety?"

Hence, the lack of visibility of services really bothers me. I like the idea of collaborative care — it appeals to me — but I do not think necessarily that putting all the services in one place next to the doctor's office is going to improve that visibility. Visibility has

Mme Morrison : Merci beaucoup d'avoir accepté d'écouter mon exposé. Vous n'avez aucune idée de ce que cela représente pour nous. Les témoins ont en fait plus ou moins raconté mon histoire car tout ce qu'on a dit ce matin s'applique à mon cas également.

Notre fille est âgée de 31 ans. Elle est atteinte de schizophrénie paranoïde. Elle a eu une très belle vie jusqu'à l'âge d'environ 16 ans et jusqu'à ce qu'elle soit à l'école secondaire, époque où elle a commencé à se sentir malade et a été hospitalisée à de nombreuses reprises, jusqu'à tout récemment; elle a quitté l'hôpital tout récemment pour aller dans une maison offrant des services de soutien. Par conséquent, mon expérience est liée en grande partie à la vie à l'hôpital et, tout récemment, à la transition dans la collectivité, et plus particulièrement à la façon de devenir un citoyen respecté. Il est très difficile de devenir une personne respectée et appréciée.

Je suis une personne instruite. À nous deux, mon mari et moi avons cinq diplômes. J'ai travaillé dans le réseau hospitalier. Je ne sais trop comment vous expliquer la difficulté que l'on peut avoir à naviguer dans ce système.

La première et la pire expérience a été lorsque ma fille est devenue très malade pour la première fois. Comme elle avait dépassé l'âge de la majorité et que, par conséquent, elle était légalement indépendante, pendant des jours et des jours, nous n'avons pas été autorisés à raconter son histoire à sa place. Elle n'avait jamais quitté la maison familiale parce qu'elle manquait quelque peu de maturité sur le plan social. Elle n'avait jamais quitté la maison. Elle n'avait jamais eu d'amis et nous savons maintenant, avec le recul, que c'était à cause de sa maladie, mais nous l'ignorions alors. Nous n'étions pas autorisés à parler au personnel de l'hôpital. C'était incroyable. Nous sommes tous deux des professionnels et nous avons une grande facilité d'expression verbale. J'ignorais que je pouvais devenir agressive. Je suis une femme qui est très très en colère, mais j'ai appris à maîtriser ma colère. Cependant, j'ai également appris à l'exploiter et je n'hésite pas à demander à la personne à laquelle je m'adresse quel est le nom de son patron, puis je continue à exiger les services dont j'ai besoin. C'est regrettable. Je n'aime pas agir de la sorte, mais c'est indispensable.

Je suis très irritée par le manque de visibilité du traitement. On dit que la maladie est invisible et, pourtant, on a aussi beaucoup de difficulté à obtenir des services et du soutien. Si vous faites une rage de dent pendant que vous êtes dans un centre commercial où vous voyez un cabinet de dentiste, cela vous incite à vous dire qu'il faut que vous appeliez ce dentiste en rentrant chez vous pour faire soigner cette dent-là. Cependant, quand on a un petit accès d'anxiété alors qu'on est dans un centre d'achats, parce qu'on est une mère aidante naturelle ou que l'on est avec sa fille atteinte de schizophrénie, on pense qu'il faut quitter les lieux à toute vitesse et on ne pense pas à ce que l'on pourrait faire dans l'immédiat pour apaiser son anxiété.

Par conséquent, le manque de visibilité des services me préoccupe beaucoup. J'aime l'idée des soins en collaboration — elle me plaît — mais je ne pense pas qu'on améliorera nécessairement la visibilité des services en les centralisant tous

to go hand and hand, of course, with public education, which is what we have heard over and over this morning. I think that is the first step.

Another thing that bothers me is the lack of talk about the brain. People talk about having a bad tooth, having a hearing problem, having blood pressure problems — but they do not talk about the brain. Why are people not able to say, “I have a brain problem; I am going to the brain clinic”?

There is a distinct lack of hope. “Hope” is a word that is really important. It is kind of airy-fairy, but for somebody who is sick and mentally ill, lack of hope is what leads to suicide. Lack of hope needs to be talked about, and I think hope needs to be a desired outcome. Lack of hope is so dependent on the lack of services that we have been talking about, so I would like to see the word “hope” in the document somewhere. I would like to see the words, “brain,” “visibility of services” and “hope.”

For us, multiple services and supports did not exist. In the hospital, the nutrition was appalling. My daughter has a condition that requires special nutrition. Like Jan’s daughter, she gained weight with medications. As well, my daughter has a calcium absorption problem and she is a vegetarian. However, we could not get those things catered to at all in the hospital. It was terrible. I spent years running across the bridge to the Nova Scotia Hospital delivering at least two meals a day, because I felt my daughter was suffering from lack of proper food.

Our experience has been with the Abbey Lane Mental Health Program and the Nova Scotia Hospital, and there are some really good people there. In the Nova Scotia Hospital, in particular, there are some gems, some really wonderful people, but they are really frustrated by the system. The environment of the Nova Scotia Hospital is lacking. It is depressing to look at and the noise levels are terrible. My daughter would be out with us for the day, have a full, normal day of activities, church, visitors, restaurants, and so forth, all the while being paranoid and so on, but dealing with it, and then when we would return to the unit, walk into the unit, nobody would greet her, somebody would be screaming in the isolation unit. I would have to tell my daughter to go to her room and shut the door, just try to block it all out, not to worry, the nurses are just tired. That is the daily reality.

She was there for most of 10 years, and yet it never felt like home. She had to carry her meals on a tray every day. She had to line up for her pills.

au même endroit, à proximité du bureau du médecin. La visibilité va naturellement de pair avec la sensibilisation du public, qui est une question sur laquelle les témoins ont insisté aujourd’hui. Je pense que c’est la première étape.

Une autre question qui me préoccupe est que l’on évite de parler du cerveau. On parle d’un mal de dent, d’un problème d’ouïe, de problèmes de tension artérielle, mais on ne parle pas du cerveau. Pourquoi n’est-on pas capable de dire que l’on a un problème mental et que l’on fréquente la clinique spécialisée dans les maladies du cerveau?

On constate un grand manque d’espoir. L’espoir est un terme extrêmement important. Il est en quelque sorte utopique mais, pour une personne malade, et pour un malade mental, c’est l’absence d’espoir qui mène au suicide. Il est essentiel d’en discuter et je pense qu’il est essentiel de considérer l’espoir comme un objectif souhaitable. L’absence d’espoir est très étroitement liée à l’absence de services dont il a été question aujourd’hui et, par conséquent, je voudrais voir le terme « espoir » quelque part dans le document. J’aimerais qu’on emploie les termes « cerveau », « visibilité des services » et « espoir ».

En ce qui nous concerne, nous n’avions pas accès à des services et des soutiens multiples. À l’hôpital, la nutrition était terrible. Ma fille était dans un état qui exigeait une nutrition particulière. Comme la fille de Mme House, les médicaments lui faisaient prendre du poids. En outre, ma fille avait un problème d’absorption du calcium et elle est végétarienne. Cependant, nous ne pouvions pas mettre ces éléments nutritifs dans le cathéter à l’hôpital. C’était terrible. J’ai passé des journées à traverser le pont pour aller porter au moins deux repas par jour au Nova Scotia Hospital, parce que je trouvais que ma fille n’avait pas une alimentation adéquate.

Nous avons fait appel au programme de santé mentale de Abbey Lane et au Nova Scotia Hospital, où nous avons été en contact avec des personnes formidables. Au Nova Scotia Hospital en particulier, il y a quelques personnes absolument formidables qui sont frustrées à cause du système. L’environnement de cet hôpital n’est pas adéquat. C’est un milieu déprimant et extrêmement bruyant. Ma fille était avec nous pour la journée, elle avait une journée complète d’activités normales, allait à l’église, avait des visites, allait dans les restaurants, et ainsi de suite, tout en étant paranoïaque, mais quand elle retournait ensuite dans le service où elle était en traitement, personne ne la saluait et on entendait parfois quelqu’un hurler dans la salle de quarantaine; je devais alors dire à ma fille d’aller dans sa chambre et de fermer la porte, en essayant de lui faire oublier tout cela et de lui expliquer de ne pas se tracasser, parce que les infirmières sont extrêmement fatiguées. C’est la réalité quotidienne.

Elle a été là pendant près de dix ans et, pourtant, elle ne s’y est jamais sentie comme chez elle. Elle devait porter ses repas sur un plateau tous les jours. Elle devait faire la queue pour recevoir ses pilules.

The best people in the Nova Scotia Hospital system — and I hope you can find a way to thank them for me — are the cleaning staff, because they do not have to do anything to you when you walk in the room. They do not give you a pill, they give you a hug. They are fantastic and very important.

In terms of comments on culturally appropriate services, of course, I am from the mainstream, so I cannot speak to that very well, but I do have a culture, too, and our family was culturally active. Our house is lined with books and we attended the theatre and we had that urban experience of introducing our children to many, many things. That was missing from her experience in the hospital and we were constantly taking her out or bringing things in to her. I tried so hard to stimulate her by bringing in an art therapist, who was not regarded as part of the medical team, of course, and by bringing all kind of things in, whether it was music or art or whatever. I was never made to feel that that was an important part of her recovery, yet to me it was the main part after the medications.

There is no information in the hospitals. If you walk into an eye clinic, you will find a pamphlet on glaucoma, a pamphlet on retinitis, a pamphlet on a multitude of eye disorders. However, if you walk into a mental health care facility, you will not find anything. I walked into the outpatient clinic at the Abbey Lane the other day, and there was a little brochure table with only three or four brochures on it. I went over to the desk and asked, "Why is there no information there for me?" The girl replied, "Oh, the drug representatives have not been around lately." I was shocked. I have never to this day picked up anything in a hospital that was useful to me.

I wish there had been a screening process in schools. I was told when my daughter was in grade 4 that she was going to have a problem. I was offended — but she did have a problem. She was quiet and shy and that was probably the beginning of her illness. She was a good, quiet baby, right? I look back now and think it was there from birth. That teacher offended me. Really, I wish she had referred us to somebody. I did go off and look for a psychologist on my own, so I did hear the message, but nobody screened her. Again, in high school, the same thing occurred. She was in grade 12 in the psychologist's office, throwing up in the wastebasket with anxiety, but nobody suggested that we should do anything. When we took her out of school in January of her grade-12 year, the school breathed a sigh of relief. Hence, screening processes are very important.

Les meilleurs employés dans le système du Nova Scotia Hospital — et j'espère que vous trouverez une possibilité de les remercier pour moi — sont les préposés au nettoyage, parce qu'ils ne doivent pas faire quoi que ce soit pour vous lorsqu'ils entrent dans la pièce. Ils ne vous donnent pas une pilule et ne vous prennent pas par l'épaule. Ils sont formidables et jouent un rôle très important.

En ce qui concerne des services appropriés sur le plan culturel, je suis, bien entendu, de souche canadienne, et je ne peux pas faire des commentaires très pertinents à ce sujet, mais j'ai une culture, moi aussi, et notre famille était active sur le plan culturel. Les murs de notre maison étaient tapissés de livres; nous allions au théâtre et au cinéma et menions le style de vie habituel des citoyens consistant à mettre nos enfants en contact avec de nombreuses choses. Notre fille n'avait pas cela à l'hôpital et nous la sortions constamment ou nous lui apportions des choses. J'ai vainement tenté de la stimuler en l'amenant chez un art-thérapeute qui ne faisait pas partie de l'équipe médicale, naturellement. Nous lui apportions toutes sortes de choses, des disques ou des œuvres d'art. On ne m'a jamais donné l'impression que c'était un facteur important de son rétablissement et pourtant, je considérais que c'était le principal facteur, après les médicaments.

On ne trouve aucune information dans les hôpitaux. Quand on va chez un ophtalmologue, on trouve des brochures d'information sur le glaucome, sur la rétinite, sur toutes sortes de troubles de la vue. Cependant, quand on va dans une unité de soins psychiatriques, on ne trouve aucune information. Je suis allée aux services de consultation externe de Abbey Lane l'autre jour et il y avait une petite table sur laquelle étaient posées trois ou quatre brochures seulement. Je suis allée au comptoir et ai demandé pourquoi il n'y avait pas sur la table de l'information sur les maladies mentales. La fille m'a répondu que les représentants pharmaceutiques n'étaient pas venus dernièrement. J'étais sidérée. Je n'ai encore jamais trouvé jusqu'à présent une brochure qui m'était utile dans un hôpital.

J'aurais voulu que l'on applique un processus de sélection dans les écoles. Lorsque ma fille était en quatrième année, on m'a annoncé qu'elle allait avoir un problème. J'ai été choquée, mais elle avait effectivement un problème. Elle était tranquille et timide et c'était probablement le début de sa maladie. C'était un bébé facile et tranquille. Avec le recul, je pense maintenant que la maladie était présente dès la naissance. Cette enseignante m'a choquée. J'aurais voulu qu'elle nous envoie chez un conseiller. J'ai cherché moi-même un psychologue et j'ai entendu le message, mais personne n'a fait une évaluation de ma fille. Ce fut la même chose à l'école secondaire. Elle était en 12^e année, dans le cabinet du psychologue, et elle vomissait d'angoisse dans la corbeille à papiers, mais personne ne nous a donné le plus petit conseil. Lorsque nous l'avons retirée de l'école au mois de janvier, alors qu'elle était en 12^e année, le personnel de l'école a poussé un soupir de soulagement. Pourtant, les processus de dépistage sont très importants. Nous avons trouvé de nombreuses ressources communautaires par nos propres moyens.

We found a lot of community resources on our own. We have worked hard. We have lots of them, two of the best. One is called SpellRead. I actually work there as an instructor now.

Mr. Chairman: It is called what?

Ms. Morrison: SpellRead P.A.T. — for phonological awareness training. When a child or an adult goes in there with learning difficulties, there is not a single person on that staff that does not work on self-esteem building. They are there primarily to teach people to read. As you know, we have a huge literacy problem, which leads down the road to mental health problems, lack of work and so on. SpellRead are an incredible group of people who build self-esteem in young people and bring literacy levels up quickly. The program is all scientifically evaluated. Dalhousie University has done fantastic studies on how the neural pathways in the brains are changed by this program. So, that has been very good for my daughter as well.

Another example of a community effort is the Veith Street Gallery for Artists with Disabilities, who have showcased my daughter's artwork, as has Government House, and have helped her market her work. She was made to feel, as she rightly is, like a functioning artist.

Discrimination and stigma are a big part of the problem, as we all know, but it is especially true in the hospitals. I feel there is stigma among the hospital staff themselves in their treatment of the mentally ill.

I have never been offered suicide prevention training. I think I still need it. I would like to have that. There were no psychologists in the Nova Scotia Hospital who could counsel. There was a neuropsychologist who eventually did testing, but there was nobody to counsel my daughter. We were never offered counselling in 12 years of dealing with mental illness. We went to a private psychologist and paid through the eyeballs, but nobody ever suggested it. I crossed the parking lot to outpatients one day and said, "There is nobody in the hospital who can provide my daughter with therapy while she waits 12 months to get a small options home. She is ready for discharge right now, so could you step in and take over?" No, they could not do that because she was not an outpatient. We had a long wait to get out of hospital and that was very, very hard.

There are severe shortages in nutrition, psychology, recreation, pastoral care. You asked a question about spirituality. I have to tell you, we are not a religious family. We do not practise a religion, but we have taught our children to respect all religions and taken a rather academic approach. Our daughter wanted a church, so I went shopping and I had the same experiences as the

Nous avons fait beaucoup d'efforts. Nous avons utilisé un grand nombre de ces ressources, notamment deux des meilleures, une est appelée SpellRead. J'y travaille maintenant comme instrutrice.

Le président : Comme l'appelle-t-on?

Mme Morrison : SpellRead P.A.T. — pour phonological awareness training. Lorsqu'un enfant ou un adulte ayant des difficultés d'apprentissage s'adresse à cet organisme, pas un seul des membres du personnel n'omet de s'efforcer d'accroître l'estime de soi des participants. Leur principale fonction est d'apprendre à lire aux participants. Comme vous le savez, nous avons un très gros problème d'analphabétisme qui donne naissance à des problèmes de maladies mentales, de chômage, et cetera. SpellRead est une équipe formidable qui renforce l'estime de soi des jeunes et augmente rapidement leur niveau d'alphabétisation. Le programme est évalué de façon scientifique. L'Université Dalhousie a fait des études passionnantes sur les changements que provoque ce programme dans les voies neuronales du cerveau. Par conséquent, ce programme a également donné de très bons résultats dans le cas de ma fille.

Un autre exemple d'effort communautaire est la Veith Street Gallery for Artists with Disabilities qui a exposé les œuvres d'art de ma fille, et la Government House également, et qui l'ont aidée à vendre ses œuvres. On lui donnait le sentiment, et à juste titre, qu'elle était une artiste à part entière.

La discrimination et les stigmates sont des causes importantes du problème, comme nous le savons tous, mais c'est particulièrement vrai dans les hôpitaux. Je pense que le personnel hospitalier lui-même fait preuve de discrimination dans la façon dont il traite les malades mentaux.

On ne m'a jamais proposé une formation axée sur la prévention du suicide. Je pense que j'en ai encore besoin. J'aimerais suivre ce type de formation. Au Nova Scotia Hospital, il n'y avait pas de psychologue qui pouvait donner des conseils. Un neuropsychologue a finalement fait des tests, mais il n'y avait personne pour donner des conseils à ma fille. On ne nous a jamais proposé de services consultatifs au cours de ces 12 années de lutte contre la maladie mentale. Nous avons consulté un psychologue dans une pratique privée et cela nous a coûté une fortune, mais personne ne nous l'a jamais proposé. Un jour, j'ai traversé le terrain de stationnement pour me rendre au service des consultations externes et j'ai dit ceci : « Il n'y a personne à l'hôpital qui peut administrer une thérapie à ma fille pendant les 12 mois d'attente pour obtenir un logement avec services de soutien. Elle est prête à sortir de l'hôpital. Pourriez-vous intervenir et la prendre en charge? » Non, ce service ne pouvait pas la prendre en charge parce qu'elle n'était pas une malade externe. Nous avons dû attendre longtemps pour qu'elle puisse sortir de l'hôpital et ce fut très très dur.

On constate de graves lacunes sur les plans de la nutrition et des loisirs, sur le plan psychologique et sur le plan pastoral. Vous avez posé une question sur la spiritualité. Nous ne sommes pas une famille religieuse. Nous ne sommes pas pratiquants, mais nous avons appris à nos enfants à respecter toutes les religions et à adopter une approche intellectuelle en quelque sorte. Notre fille

gentleman who sat in my seat earlier. It was very difficult, but I eventually did find a church that was extremely liberal, quite secular, actually, and it has taken me about four years to kind of make myself comfortable in that congregation. The end of the story is that there was a coffee house last Saturday night and my daughter played the piano for the first time in public. I am going to cry now. She had played in a lot of school of concerts, but she played the piano for the first time in public and stood up before she played and spoke about being somebody who has schizophrenia and that she hoped they would accept that and said that she had been studying hard and preparing for this concert. So she can now speak to the public.

Even though they are a worn out, tired, sick population, including the caregivers, there are people, such as the ones who were at the Inspiring Awards luncheon, who can speak up. We need them badly. I think my daughter can become a really good spokesperson. She would be great on a TV ad campaign now.

We had two really bad experiences that I think we can learn from. One was not having the history taken when we went in the hospital for the first time, and that just tore us apart. We eventually demanded it and we eventually got an intern who would listen to us — but I am sure the report was never looked at because it was never responded to.

The second was a terrible experience in the Abbey Lane where my daughter was extremely psychotic. We did not know what a psychosis was. She was very, very ill. We were very frightened. She became unclean and they told us it was a behavioural problem, that it was our fault, it was poor parenting. She became dirty because they were doing this behavioural management thing, and they were not feeding her and they were not keeping her clean. She developed a vaginal infection. My daughter had never left home and had never had a relationship. They did not bother to take the history, so they did not know this about her. It took either four or six people, I am not sure how many, to hold her down in the isolation room while they did an internal examination, the first one she had ever had. For two years, my daughter said she had been raped, and for two years I battled with the patient representative to get some sense of justice for my daughter. All I wanted was the doctor to come down and say, "I am sorry." I had actually signed a paper that said "no medical procedures without calling us first," but they never called us until after it was over. One lady called us and said, "I just want to warn you that she might be a little upset when you come in." So, really, that is the one thing I never want to see happen to anybody again.

voulait devenir membre d'une église et, par conséquent, je me suis informée et j'ai vécu le même type d'expérience que le témoin qui était à ma place plus tôt, c'était très difficile; j'en ai finalement trouvé une qui était extrêmement libérale, assez séculaire. Il m'a fallu en fait environ quatre ans pour me sentir à l'aise dans cette congrégation. Ma fille a enfin joué du piano pour la première fois en public à un café-bar la semaine dernière. Je sens que je vais pleurer. Elle avait joué dans beaucoup de concerts organisés par l'école, mais elle jouait du piano pour la première fois en public. Elle s'est levée avant de jouer et a dit qu'elle était schizophrène et qu'elle espérait que les spectateurs l'accepteraient. Elle a dit qu'elle avait beaucoup étudié et qu'elle avait mis beaucoup d'efforts dans la préparation de ce concert. Elle est maintenant capable de parler en public!

Même s'ils sont usés, fatigués et malades, y compris les aidants naturels, ce sont des personnes, comme celles qui participaient au déjeuner organisé pour la remise des Inspiring Awards, des personnes capables de défendre une cause. Nous en avons un grand besoin. Je pense que ma fille peut devenir une excellente porte-parole. Elle ferait maintenant une excellente porte-parole dans le cadre d'une campagne publicitaire télévisée.

Nous avons eu deux expériences vraiment mauvaises dont nous pouvons, à mon avis, tirer des enseignements. L'une est lorsqu'on ne nous permettait pas d'exposer les antécédents, lorsque nous sommes allés à l'hôpital pour la première fois. Cette expérience nous a littéralement traumatisés. Nous avons finalement exigé d'être écoutés et nous avons trouvé un interne qui était prêt à le faire. Je suis certaine que le rapport n'a jamais été examiné parce que nous n'avons jamais eu de réaction.

La deuxième était une expérience terrible que nous avons vécue à Abbey Lane, lorsque ma fille était extrêmement psychotique. Nous ne savions pas ce qu'était une psychose. Elle était extrêmement malade. Nous étions très effrayés. Elle était devenue malpropre et on nous a dit que c'était un problème comportemental et que c'était de notre faute, que nous n'étions pas de bons parents. Elle était devenue malpropre parce qu'ils faisaient de la gestion du comportement et qu'ils ne la nourrissaient pas et ne veillaient pas à ce qu'elle reste propre. Elle avait contracté une infection vaginale. Ma fille n'avait jamais quitté la maison et n'avait jamais eu de relations sexuelles. Ils ne se sont pas préoccupés de ses antécédents et l'ignoraient par conséquent. Il a fallu quatre ou six personnes, je ne sais plus exactement combien, pour la tenir dans la salle de quarantaine, pendant qu'on lui faisait un examen vaginal, le premier qu'elle ait jamais eu. Pendant deux ans, ma fille a dit qu'elle avait été violée et, pendant deux ans, je me suis battue avec le représentant des patients pour obtenir une certaine justice pour ma fille. Tout ce que je voulais, c'est que le médecin présente des excuses. En effet, j'avais signé un document sur lequel il était indiqué « Pas d'actes médicaux sans nous appeler au préalable », mais ils n'en ont pas tenu compte en l'occurrence. Une dame nous a appelés après coup et a dit qu'elle tenait à nous avertir que notre fille pourrait être un peu agitée à notre arrivée. C'est donc le type d'expérience que je ne souhaite jamais revivre et que je ne souhaite à personne.

I like the idea of a national action plan. I think you have to start there, because there are bound to be difference between the provinces.

The reference to video-conferencing struck me. I do not know a lot about it, but I have a son in the film industry who kind of keeps me up to date. I think we have moved well beyond video-conferencing. I think you could have a family sitting in the living room with a telephone and an interface with the television and the Internet and a doctor at the patient's bedside, all having a conversation. I know a lady who has two children and a husband, all with schizophrenia. What a joy it would be for her to be able to talk to the doctor by her son's bed while looking after her family at home and be able to interface that way.

I will stop there because everybody else has said what I wanted to say.

I just have one quick comment about the attitude of other people that you were asking about. My mother, who would be in her eighties today if she were around, was living downstairs when my daughter first got sick. We had a nice home and good kids. My mother said, "What in the world has she got to be depressed about?" My mother never got past that lack of understanding, no matter what I said. It was hard for me to educate my mother.

Mr. Chairman: I want to thank all three of you for your comments. We have a number of questions.

Senator Cook: I made notes as I listened. I am on information-overload; I need to get focused or I will risk the wrath of the chairman.

Joyce, you talked about the need for education and publication, and you talked about stigmatization and went right on to the Mental Health Act. With the creation or the formation of something more user-friendly, if it manages to pass legislation, would that help destigmatize what we are facing here? I realize that you cannot legislate common sense either. I will run through my questions and then you can respond as you wish.

You talked about dedicated funding that crossed the four years of political elections — in this case, they are almost every four months. You mentioned cancer and the fact that it was once not talked about and the strides that we have made in that terrible disease. We are not scared to mention it any more because we have all seen the "cancer can be cured" banner a number of times.

Ms. Taylor: Yes.

Senator Cook: We need to break through that glass ceiling with what we are challenged by here.

J'aime l'idée d'un plan d'action national. Je pense que c'est par là qu'il faut commencer car des différences entre les provinces sont inévitables.

L'allusion aux vidéoconférences m'a frappée. Je ne m'y connais pas beaucoup dans ce domaine, mais j'ai un fils qui est dans l'industrie cinématographique et qui me tient en quelque sorte au courant. Je pense que nous avons largement dépassé le niveau des vidéoconférences. Je pense qu'avec un téléphone et une interface avec la télévision et Internet, on pourrait organiser une conversation entre une famille installée dans la salle à manger et un médecin au chevet du malade. Je connais une dame dont deux enfants et le mari sont schizophrènes. Quelle ne serait pas sa joie de pouvoir discuter avec le médecin qui se trouve au chevet de son fils tout en prenant soin de sa famille à la maison et de pouvoir communiquer de cette façon.

Je vais m'arrêter car un autre témoin a déjà fait certains commentaires que je comptais faire.

Il ne me reste plus qu'un bref commentaire à faire sur l'attitude des autres personnes. Ma mère, qui serait âgée de plus de 80 ans si elle était encore en vie, vivait au rez-de-chaussée lorsque ma fille est tombée malade. Nous avons une belle maison et de bons enfants. Ma mère a fait la réflexion suivante : « Quelle raison peut-elle avoir d'être déprimée? ». Ma mère n'a jamais compris la situation, quoi que je puisse dire. J'ai eu beaucoup de difficulté à la sensibiliser au problème.

Le président : Je vous remercie toutes les trois pour vos commentaires. Nous avons plusieurs questions à vous poser.

Le sénateur Cook : J'ai pris des notes en vous écoutant. J'ai une surdose d'informations. J'ai besoin de mettre de l'ordre dans mes idées, sinon, je m'expose à la colère du président.

Madame Taylor, vous avez dit qu'il était essentiel de sensibiliser la population et de distribuer des publications. Vous avez également parlé de stigmatisation puis de la Mental Health Act. Est-ce que, si le gouvernement réussit à faire adopter des modifications législatives, la création ou l'élaboration d'un système plus convivial aiderait à faire disparaître la stigmatisation? Je suis consciente du fait que l'on ne peut pas légiférer en matière de bon sens. Je vous poserai toutes mes questions, puis vous pourrez y répondre comme bon vous semble.

Vous avez également parlé de financement s'étalant sur plus de quatre ans et ne cessait pas à la fin d'un mandat électoral, surtout que les périodes électorales ont maintenant tendance à revenir tous les quatre mois. Vous avez signalé qu'autrefois, on n'osait pas prononcer le mot « cancer » et mentionné les énormes progrès qui ont été accompli dans la lutte contre cette terrible maladie. Nous n'avons plus peur de la mentionner parce que nous avons pu constater tous à plusieurs reprises que le cancer est curable.

Mme Taylor : Oui.

Le sénateur Cook : Il est essentiel que nous brisions le plafond invisible qui nous pose un défi dans ce contexte.

The other thing you talked about was management leading to recovery. I think that is our challenge, to focus on recovery. If we say that cancer can be cured, well then recovery is possible.

I picked up on a number of things when you talked about your son accessing medication. I read a publication not long ago where it is now possible to receive a needle for schizophrenia that will last three weeks, but the trick is you have to go to a professional to get the necessary medication. I am wondering whether these would be options, if we were delivering a range of services in a community. I come from Newfoundland, which is very rural and spread out. Community health clinics might offer some of the answers to what we are dealing with in a wholesome way.

Jan, you talked about the need for monetary assistance and being penalized for being able to sacrifice to help your daughter. I think that is sad. You talked about teenagers with mental illness not being lumped together with those suffering from drug and alcohol addictions. I had not heard that before. You also talked about the "eight to four" syndrome in our hospitals when we should be running them 24/7, and we certainly heard that a number of times.

Sheila, your presentation was very challenging. I like the idea, and we have talked about it at length, of the emerging professional, the nurse practitioner. I think there is a role here that we can build on, to see that operate in the area of community-based clinics. The electronic health record has certainly touched us. The national action plan, I want to thank you for that. I did not have any questions, but you share a lot my hopes and challenges.

I would be happy to hear any comments you might have.

Ms. Taylor: I just wanted to comment on the medication that you mentioned, the depot needles, depot injections. They are marvellous. I cannot get my son to take any, but this is one of the answers. If we can get patients onto depot needles, the medication will be their system all the time. They will not forget to take their medication. It does not fluctuate with their body. It is there at an even level. In my opinion, especially in the case of difficult patients, that is where it needs to be. Granted, they are more expensive, but as I say, in my son's case, it is a question of psychological problems. He is going to need a great deal of help before he will take any medication now. I will not say it is too late, but it is almost getting there.

Vous avez également parlé de gestion menant à la guérison. Je pense que c'est le défi que nous avons à relever, qu'il est essentiel d'axer nos efforts sur le rétablissement. Si nous considérons que le cancer est une maladie curable, c'est que le rétablissement est possible.

J'ai relevé plusieurs commentaires dans le passage de votre exposé où vous avez mentionné l'accès aux médicaments. J'ai lu il n'y a pas longtemps une publication dans laquelle on expliquait qu'il était maintenant possible de recevoir pour la schizophrénie, une piqûre faisant de l'effet pendant trois semaines, mais l'astuce est qu'il faut s'adresser à un professionnel pour obtenir le médicament nécessaire. Je me demande si l'on ne pourrait pas fournir divers services à l'échelle communautaire. Je suis originaire de Terre-Neuve, qui est une région très rurale et où la population est très dispersée. Les cliniques de santé communautaire pourraient offrir certaines solutions efficaces aux problèmes que nous examinons.

Madame House, vous avez mentionné qu'il était essentiel d'offrir de l'aide financière et avez signalé que vous étiez pénalisée parce que vous étiez capable de vous sacrifier pour aider votre fille. Je pense que c'est triste. Vous avez mentionné qu'il ne faudrait pas mettre les adolescents atteints de maladie mentale en présence de ceux qui souffrent de toxicomanies et d'alcoolisme. Je n'avais pas encore entendu une telle suggestion. Vous avez également mentionné le syndrome du « huit à quatre » dans les hôpitaux alors qu'ils devraient être ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine. C'est le type de commentaires que nous avons entendus à plusieurs reprises.

Madame Morrison, votre exposé était très intéressant. J'aime l'idée, et nous en avons longuement parlé, des infirmiers et infirmières praticiens. Je pense que c'est le type de fonctions qui permettraient d'améliorer le système et qui pourraient être appliquées dans le secteur des cliniques communautaires. Le dossier de santé électronique nous a intéressé au plus haut point. Je vous remercie aussi d'avoir suggéré la mise en place d'un plan d'action national. Je n'avais pas de questions à poser, mais vous partagez la plupart de mes espoirs et de mes défis.

Je serais heureuse d'entendre vos commentaires.

Mme Taylor : Je voulais seulement faire un commentaire sur le médicament dont vous avez parlé, sur les injections de réserve. Ce sont des initiatives fantastiques. Je n'arrive pas à convaincre mon fils de prendre des médicaments, mais ceci est une des solutions. Si l'on fait des injections à action prolongée aux patients, les médicaments seront dans leur organisme en tout temps. Le risque qu'ils oublient de les prendre sera éliminé. Le taux ne fluctuera pas avec leur corps. Ils seront toujours présents dans leur corps en quantité égale. À mon avis, surtout dans le cas des patients difficiles, ce serait la solution. C'est plus coûteux, je le reconnais, mais comme je l'ai signalé, dans le cas de mon fils, par exemple, c'est une question de problèmes psychologiques. Il aura besoin de beaucoup d'aide avant de prendre des médicaments. Je ne dirais pas qu'il est trop tard, mais presque.

Senator Cook: What about the legislation you referred to in Nova Scotia with a provincial mental health act? Do you see that it might be possible for us to have one overriding federal mental health act?

Ms. Taylor: Yes, I would like that. Yes, I think we could do that, especially with all the work that has gone into this.

Senator Cook: With the cooperation of the provinces again.

Ms. Taylor: Yes.

Senator Cook: That is the challenge, to deliver service provincially.

Ms. Taylor: Yes, I know, but I honestly do believe that with each province having its own mental service — it is not equality of service, believe me, and it can be.

Senator Cook: Yes.

Ms. Taylor: It needs centralization — because if one province discovers something and does not share it with someone else, it is pointless. You may be struggling with a problem that someone in Alberta has the solution to. I firmly believe there has to be centralization, and the only place, I believe, to create that centralization is in the federal government. The only one who would opt out of that, of course, would be Quebec — because they do like to do their own things. However, even Quebec could learn from what is going on with the federal government.

Ms. House: The problem with the nine-to-five syndrome is a really big one, especially for caregivers. My husband and I live outside of Bridgewater, and I cannot tell you how many times during the night we have had calls — two, five o'clock in the morning — where we hop in the car and come down here. When Rachel was in the hospital last year, the medical team said, "We have noticed that you called the crisis line 'X' number of times but your daughter only called once." Well, she was in crisis. That told me they did not really know what that meant. I replied, "Well, if it is inappropriate for me to call, if I just leave it, she could be dead." She is a prime candidate for suicide. The one night when she did call the crisis line, she was told to take a pill or to make an appointment with her doctor. She called me, and she had been out on the railway tracks in Dartmouth. Thank God nothing happened, but she said that had she not gotten me, she would be dead.

As a result, as a caregiver, you are in jail as well, because you are afraid to go anywhere for fear that you are going to miss a call — and you do not have the trust that you need to have in the system. That is what I have found, with the exception of the few that I have mentioned. Very often, we have felt very hopeless, very abandoned and ignored. I think that really does need to change.

Le sénateur Cook : À propos de la Mental Health Act de la province de la Nouvelle-Écosse, pensez-vous qu'il serait possible que nous mettions en place une loi fédérale souveraine sur la santé mentale?

Mme Taylor : Oui, j'aimerais cela. Je pense que ce serait possible, surtout avec tout le travail que l'on a investi dans cette étude.

Le sénateur Cook : Toujours avec la collaboration des provinces.

Mme Taylor : Oui.

Le sénateur Cook : C'est ce qui pose le défi, c'est la fourniture du service à l'échelle provinciale.

Mme Taylor : Oui, je sais, mais je pense sincèrement que l'égalité au niveau du service n'est pas possible quand chaque province a son service de soins de santé mentale. Ce serait possible.

Le sénateur Cook : Oui.

Mme Taylor : Une certaine centralisation est essentielle — parce que si une province découvre quelque chose et qu'elle ne met pas les autres au courant de sa découverte, c'est inutile. Il est possible que vous luttiez contre un problème auquel quelqu'un en Alberta a la solution. Je suis convaincue qu'une certaine centralisation est indispensable et le seul niveau où elle est possible, c'est à celui du gouvernement fédéral. La seule province qui n'accepterait pas de participer serait, bien entendu, le Québec — qui préfère toujours faire bande à part. Cependant, même le Québec pourrait s'inspirer des initiatives mises en place avec le gouvernement fédéral.

Mme House : Le problème que pose le syndrome du neuf-à-cinq est un problème de taille, surtout pour les aidants naturels. Mon mari et moi vivons dans la banlieue de Bridgewater et nous avons reçu je ne sais plus combien de fois des appels en pleine nuit — à 2 heures ou à 5 heures du matin — à la suite desquels nous sautions dans la voiture et nous venions ici. Lorsque Rachel était hospitalisée, l'année dernière, l'équipe médicale a dit : « Nous avons remarqué que vous aviez appelé la ligne de détresse un certain nombre de fois, alors que votre fille ne l'a fait qu'une fois ». Et alors? Elle était en crise, pardi! J'ai vu qu'ils ne savaient pas exactement ce que cela signifiait. J'ai répondu que s'il était inapproprié que j'appelle moi-même et si je ne prenais pas l'initiative, elle serait peut-être morte à l'heure qu'il est. Elle est une candidate idéale pour le suicide. La seule fois qu'elle a utilisé la ligne de détresse, on lui a dit de prendre une pilule ou de prendre un rendez-vous chez son médecin. Elle m'a appelée et elle était allée marcher sur les voies de chemin de fer à Dartmouth. Grâce à Dieu, elle n'a pas eu d'accident, mais elle a dit que si elle n'avait pas réussi à me rejoindre, elle serait morte.

Quand on est aidant naturel, on est coincé également parce qu'on a peur de sortir de crainte de manquer un appel et que l'on n'a pas la confiance que l'on devrait avoir dans le système. C'est ce que j'ai pu constater, à l'exception des quelques rares occasions que j'ai mentionnées. Nous étions très souvent complètement désespérés et nous nous sentions abandonnés et ignorés. Je pense qu'un changement est absolument nécessaire à ce niveau.

When Sheila mentioned hope being included in the final report, that is important, because hope is what is lacking. As a young person, that is what my daughter said. Why should she bother taking her drugs, if that is all they could offer her? It is a life on medication, with no friends, living on social assistance, no future. What was the point of living? I had to agree with her. I always thought that if she did kill herself I could forgive her, because she would be at peace.

It is awful for you to have a son that has come to the age that he has reached and has missed so opportunities, but it is not a good enough excuse for not making that possible for the next generation. Again, the key is getting to people early.

Why are there not pamphlets in the hospital? I have noticed the same thing. We are invisible. People talk about stigma and stereotype related to persons who look mentally ill or who are developmentally challenged. However, people like me daughter also suffer from stigma and stereotyping. If I were to show you a picture of her, you, like our relatives, might say, "She looks just great." They say things such as, "Do you not think she is being a little manipulative?" and "If she really tried, she could get better." So, the only way people are going to get the message is if they hear it.

Ms. Taylor: Yes, through educating them.

Ms. House: We must also deliver the message. It has mainly been us doing the work, looking for places that can help us, that can help my daughter, that can help get a message out. I have volunteered for just about everything I can, including coming forward today — which I am so happy about. This opportunity has presented itself to get our voices heard.

When it comes to going into the schools, I think that is vital, too. It is important to identify who are the mentally ill. There are young people, old people, people who are mentally challenged. One description does not fit all. If people who are speaking are from the older generation of drugs and are borderline, and you expect young people to come forward and say, "I have a problem," there is absolutely no way that is going to happen.

At university, my daughter was able to mask it for so long. I phoned the university and said, "Do you not have any support group there? You cannot tell me that there are not people at the university who need this help." They said, "Well, we cannot get people to come forward." Then when I phoned the medical side, they said, "The university will not let us in. They do not have the personnel to run it." I do not know what the problem is there. It stems from all three groups. Young people like my daughter say that it was very easy to mask, because at university lots of people drink and try drugs; they experiment with a lot of things. That is considered normal, so you can pass as normal. However, the worse thing about that is the toll it takes and living the lie.

Quand Mme Morrison a suggéré d'employer le mot « espoir » dans le rapport final, je pense que c'est important, parce que c'est l'espoir qui fait défaut. C'est ce que ma fille a dit. Pourquoi se préoccuperait-elle de prendre ses médicaments si c'est tout ce qu'on pouvait lui offrir? Si tout ce qu'on peut lui offrir est une vie passée à prendre des médicaments, sans amis, une vie d'assistée sociale sans avenir, à quoi ça sert de vivre? J'ai bien dû l'admettre. J'ai toujours pensé que si elle se suicidait, je pourrais lui pardonner, parce qu'elle serait en paix.

C'est terrible pour vous d'avoir un fils qui a atteint cet âge-là et qui a raté autant d'occasions, mais ce n'est pas une excuse suffisante pour ne pas penser à la génération suivante. Il est primordial d'intervenir tôt.

Pourquoi ne trouve-t-on pas de brochures dans les hôpitaux? J'ai fait la même constatation. Nous sommes invisibles. On parle de stigmates et de stéréotypes à propos des personnes qui ont apparemment une maladie mentale ou qui sont atteintes de troubles de développement. Cependant, des personnes comme ma fille souffrent également de stigmates et de stéréotypes. Si je vous montrais une photo d'elle, vous pourriez dire, comme les autres membres de notre famille, qu'elle est apparemment très bien. Ils font des réflexions telles que : « Ne pensez-vous pas qu'elle soit légèrement manipulatrice? » et « Si elle faisait vraiment un effort, elle pourrait aller mieux ». Par conséquent, la seule possibilité pour que les gens comprennent le message, c'est de le leur communiquer.

Mme Taylor : Oui, en les sensibilisant.

Mme House : Nous devons également communiquer le message nous-mêmes. Nous avons dû en grande partie nous débrouiller tout seuls et chercher des services qui pourraient nous aider, qui pourraient aider ma fille et qui pourraient aider à diffuser un message. J'ai fait du bénévolat dans tous les domaines possibles, y compris en venant faire un exposé aujourd'hui, ce dont je suis très heureuse. C'était pour nous une occasion de nous faire entendre.

Il est également d'une importance primordiale d'aller dans les écoles. Il est important de détecter les malades mentaux. Ce sont des jeunes, des personnes âgées, des personnes qui ont une déficience mentale. On ne peut pas les mettre toutes dans le même moule. Si les personnes qui font des exposés sont de la vieille génération et se soignent à coups de médicaments et sont des cas limites, on ne peut pas s'attendre à ce que les jeunes révèlent qu'ils ont un problème. C'est une possibilité totalement exclue.

À l'université, ma fille a longtemps réussi à cacher sa maladie. J'ai appelé l'université et j'ai dit ceci : « N'avez-vous pas de groupe d'entraide sur place? Ne me dites pas que personne à l'université n'a besoin de ce type d'aide ». On m'a répondu ceci : « Nous n'arrivons pas à convaincre les personnes qui ont des problèmes à sortir de l'anonymat ». Lorsque j'ai appelé des services médicaux, ils m'ont dit que « l'université ne leur autorisait pas l'accès parce qu'elle n'a pas de personnel pour s'en occuper ». Je ne sais pas d'où vient le problème. Il vient des trois groupes. Les jeunes comme ma fille disent qu'il est très facile de cacher la maladie mentale parce que, à l'université, de nombreux étudiants boivent et prennent de la drogue. Ils essaient toutes sortes de choses. C'est considéré comme normal

When an individual finally seeks help and discovers the reality of a particular mental health illness, the response often is, "Well, no, I cannot have that because I cannot be part of that. I cannot be part of anything."

Mr. Chairman: "I certainly cannot admit it," anyway.

Ms. House: No.

Mr. Chairman: That is right.

Ms. House: In terms of employment, for the last six months, it has not been perfect, it is difficult to accept that it will never be perfect, but it can be better. We are seeing a little bit more clearly what holding down a job does. What a small thing, but what a big thing.

Mr. Chairman: Yes.

Ms. House: To start in your early 20s on social assistance and drugs for your condition, knowing this is how your life is going to be, no thank you.

Mr. Chairman: Sheila, did you want to make a comment?

Ms. Morrison: The idea of using nurses is great. Psychiatrists for the most part do not have time to do the counselling. I have found them to be pretty good with the medications, but they are stymied by this law or rule about having to try all the old drugs before getting money for the new drug. As a result, my daughter spent a couple of years losing ground, because she had to go through all these trials while the doctors were saying to us, "We know this drug is not going to help your daughter, but we have to try it before we can give her something else." So she went through many six-month trials before she finally got to the drug that we hoped would help her, and even then she was one of those people who did not respond very well. We still had to go through trials of the newer ones as well. That was heartbreaking.

There is a great need for resource centres for obtaining information. I have to read bulletin boards and telephone poles and talk to people and make phone calls. I need to find resource centre, where I can go and pick up information and talk to people. Resource centres are such an important starting point, I think.

In terms of work, yes, my daughter has done little bits of volunteer work — which has just been thrilling to her and has built her self-esteem so much. She is just starting to do that again and I see that as vitally important.

et, par conséquent, c'est un comportement qui n'éveille pas les soupçons. Cependant, le pire dans tout cela est que cette situation a des conséquences très néfastes et que l'on vit dans le mensonge.

Quand une personne essaie enfin de trouver de l'aide et découvre la réalité d'une maladie mentale, la réaction en est souvent une de déni de la réalité : « Il n'est pas possible que j'aie cette maladie, ce n'est vraiment pas possible. C'est totalement exclu. »

Le président : En tout cas, ils refusent totalement de l'admettre.

Mme House : C'est bien cela.

Le président : Oui.

Mme House : Sur le plan de l'emploi, depuis les six derniers mois, la situation n'est pas parfaite mais on a de la difficulté à accepter qu'elle ne le sera jamais. En tout cas, elle pourrait s'améliorer. Nous voyons un peu plus clairement le bien que peut faire le fait d'avoir un emploi. Ce n'est pas grand-chose, mais quelle différence!

Le président : Oui.

Mme House : Ce n'est pas une vie de devenir assistée sociale au début de la vingtaine et de prendre des médicaments pour se soigner en sachant qu'il en sera ainsi pendant toute la vie.

Le président : Vouliez-vous faire un commentaire, madame Morrison?

Mme Morrison : L'idée de faire appel aux infirmières est excellente. D'une façon générale, les psychiatres n'ont pas le temps de faire du counselling. Je les ai trouvés assez efficaces en ce qui concerne les médicaments, mais ils sont coincés à cause de la règle qui les oblige à essayer d'abord tous les médicaments traditionnels avant d'avoir de l'argent pour les nouveaux. Par conséquent, l'état de ma fille s'est détérioré pendant deux ou trois ans, parce qu'elle devait se soumettre à tous ces essais, même si les médecins admettaient que le médicament qu'ils lui administraient ne l'aiderait pas; ils étaient toutefois obligés de l'essayer avant de pouvoir lui en administrer un autre. Elle a par conséquent dû se soumettre à de nombreux essais d'une durée de six mois avant qu'on puisse lui prescrire le médicament sur lequel nous comptions pour l'aider et encore, elle est une des personnes qui n'y réagissent pas très bien. Nous avons également dû supporter des périodes d'essai pour les nouveaux médicaments. Cela nous fendait le cœur.

La mise en place de centres de ressources où l'on pourrait obtenir de l'information est impérative. Je dois lire les babillards et les affiches sur les poteaux téléphoniques, poser des questions aux gens et faire des appels téléphoniques. Il est essentiel que je trouve un centre de ressources où je puisse aller chercher l'information nécessaire et discuter avec des préposés. Les centres de ressources sont, à mon avis, un point de départ important.

En ce qui concerne le travail, ma fille a fait du bénévolat pendant quelques courtes périodes — ce qui a été passionnant pour elle et l'a aidée à avoir davantage confiance en elle. Elle recommence à en faire et j'estime que c'est vital.

With respect to suicide, I came to the same conclusion. It is terrible to say, but if my daughter killed her, I would understand. My daughter has said to me, "I do not know what there is for me when I am hearing these voices and I cannot do this and I cannot do that. Why am I here? I would be better off dead." We have had intellectual conversations at times where she has had insight and can be quite academic about it, and it is very hard to come up with a reason to live.

Senator Cordy: I do not know where to start. Every time somebody says something, it raises so many more questions for me. Luckily, I have taken some notes. I guess I look at family support as being one of the key things. We have heard over and over from people trying to work through the maze of the mental health care system on their own. We had somebody from the government appear before us in Ottawa, and I can still remember the diagram of all the services that were offered. I said, "If somebody phones me, where do I tell them to start and how would a person with a mental illness know where to start?"

I guess what I would like to know is this: Is there enough support — in so many ways? First, when a child is diagnosed with a mental illness, the emotions that you as a family unit go through in trying to cope and struggle with helping your child and knowing what to do can be overwhelming. Jan, I know you spoke about Dr. Duffy including you as a family unit. Sheila, you mentioned searching for what you could do, suicide prevent courses, those kinds of things. Is there anything out there for families in that line?

Ms. Morrison: For me, it was just a girlfriend that I walked with and, recently, the QUEST team, which is a transition team for my daughter while she is moving from hospital to community. The team has been wonderful because they have gathered all 17 of the people who are involved in her care together and said, "We need a common language. We all need to be using the same vocabulary so that she is well handled and well managed in her environment." That was a big step. So, having a team of people with somebody at the top who could listen to the whole team and sort out the language differences and make sure we all had the same goals and the same plan, and that she was included, of course, in that, has been helpful, yes.

However, other than this transition team, it has been very lacking. I would say that over the last 15 years, my husband and I — and God bless any single parent — have been extremely private in our grief because we had no time to go find help, and it was not obvious if it was out there. I knew I could go to a private psychologist to talk to, but what is the good of that? They have to see the whole family, right? It was not about me, it was about us. I think it needs to be part of the patient's care plan to include the family, and that was never offered.

En ce qui concerne le suicide, j'en suis arrivée à la même conclusion. C'est une chose terrible à dire, mais si ma fille se suicidait, je comprendrais. Ma fille m'a dit ceci : « Je ne sais pas ce que la vie a à m'apporter alors que j'entends des voix et que je ne peux pas la mener comme je le veux. Quel est le sens de ma vie? Je serais mieux si j'étais morte. » Nous avons eu à l'occasion des conversations intellectuelles au cours desquelles elle faisait preuve d'une grande perspicacité et pouvait tenir des raisonnements assez solides. Il est très difficile de trouver une raison de vivre dans ces circonstances.

Le sénateur Cordy : Je ne sais plus par où commencer. Chaque fois que quelqu'un fait un commentaire, je me pose toute une série de questions supplémentaires. Par chance, j'ai pris des notes. Je considère le soutien de la famille comme un des facteurs clés. Des dizaines de personnes ont exposé les difficultés qu'elles ont eues à s'orienter par leurs propres moyens dans le labyrinthe du système de soins de santé mentale. Un fonctionnaire a témoigné à Ottawa et je me souviens du tableau représentant tous les services offerts. Je lui ai posé la question suivante : « Si une personne m'appelle, par où est-ce que je lui dis de commencer et comment une personne atteinte d'une maladie mentale peut-elle savoir par où commencer? »

Ce que je voudrais savoir, c'est s'il y a un soutien suffisant et assez varié. Lorsqu'on diagnostique une maladie mentale chez un enfant, cela suscite de vives émotions au sein de la famille; ce peut être une tâche écrasante d'avoir à s'adapter à la situation et à se démener pour aider son enfant et pour s'informer. Madame House, vous avez signalé que la Dre Duffy faisait participer toute la famille au traitement. Madame Morrison, vous avez mentionné les efforts que vous faisiez pour savoir ce que vous pouviez faire, vous avez parlé de cours de prévention du suicide et autres initiatives de ce type. Est-ce que des initiatives de ce type ont été mises en place à l'intention des familles?

Mme Morrison : En ce qui me concerne, c'est tout simplement une amie avec laquelle je faisais de la marche et, dernièrement, l'équipe de QUEST, qui est une équipe qui aide ma fille à faire la transition entre l'hôpital et la collectivité, qui m'ont aidée. Cette équipe a été formidable parce qu'elle a réuni au total 17 des personnes qui s'occupent d'elle et a décidé qu'il était essentiel d'employer un langage commun, d'utiliser le même vocabulaire pour qu'elle soit bien traitée dans son environnement. C'est un énorme progrès. Par conséquent, l'intervention d'une équipe placée sous la direction d'une personne qui peut en écouter tous les membres et déceler les différences au niveau de la langue, pour s'assurer qu'ils ont tous les mêmes objectifs et le même plan, et que ma fille participe, a été très efficace.

Cependant, à l'exception de cette équipe de transition, le système a accusé de nombreuses déficiences. Je dirais qu'au cours des 15 dernières années, mon mari et moi — et Dieu bénisse les chefs de famille monoparentale — avons été extrêmement discrets au sujet de notre peine parce que nous n'avions pas le temps de chercher de l'aide et qu'il n'était pas évident que l'on puisse en trouver. Je savais que je pouvais consulter un psychologue en pratique privée, mais à quoi cela aurait-il servi? N'était-il pas essentiel que le psychologue voie toute la famille? Je n'étais pas la

Ms. House: The Early Psychosis Program that we became a part of three years ago was really helpful, but we had already been on that road for quite a long time. That is not totally the fault of the system, either. A lot of that was getting a true diagnosis and a lot of that had to come from my daughter being able to acknowledge that she was experiencing psychotic episodes. So by the time we got to the family group, a lot of the education and so on that was going on there at the Early Psychosis Program was geared to people who were very new to the system, within the last six months. We had already been there and found a lot of the information.

Again, it was a matter of picking up any books I could read. I, too, read too many bulletin boards and anything I can get my hands on to look for help. In our personal case, a lot of it was talking to our minister because we are active in the church. I went to a meeting of the Schizophrenia Society when we first moved to Bridgewater, but I was so frightened after my first meeting there — I had to leave because I just got too upset. There were people there in their fifties and sixties — and my daughter was 18 or 19. I was scared out of my wits that would happen to her. There were no parents there. In fact, a lot of their parents were dead or not involved. I think there really is a lack of support and information.

A lot of comfort for us has come from talking to friends. It has been helpful talking to the doctors that have been involved in my daughter's case, but with even the Early Psychosis Program, because we are such a distance away, when my daughter is in crisis, up until the last six months, I could be down here maybe a couple of times a week, driving back and forth. I had a mother-in-law who was in a senior facility, so, between the two, we were just kept moving between crises and trying to carry on ourselves. At times, it has been very difficult.

Senator Cordy: My husband's sister is schizophrenic, and from a family perspective, I know there were times when we said to the system, "We understand why so many families drop out because there is so little support for families that want to help." If a mentally ill person does not have family support, then they do not have much of a future or much of a hope.

Ms. Morrison: It is not just a matter of not getting support — you are made to feel unwelcome, and even my daughter was made to feel unwelcome.

Senator Cordy: One of the things you spoke about, Joyce, was medication and non-compliance with taking medication. Certainly, the needle has been a godsend in many ways —

seule concernée. Nous étions tous concernés. Je pense qu'il est essentiel d'inclure la famille dans un plan d'intervention auprès d'un patient, et cela ne nous avait jamais été proposé.

Mme House : Le Early Psychosis Program auquel nous nous sommes inscrits il y a trois ans a été vraiment efficace, mais nous étions déjà sur cette voie depuis longtemps. Le système n'est pas entièrement responsable non plus. La réussite repose en grande partie sur l'obtention d'un diagnostic solide et un autre facteur très important était que ma fille soit capable de reconnaître qu'elle avait des épisodes psychotiques. Par conséquent, lorsque nous nous sommes joints au groupe familial, nous avions déjà fait en grande partie le travail de sensibilisation entrepris dans le cadre du Early Psychosis Program, axé sur des personnes qui avaient récemment fait leur entrée dans le système, soit au cours des six derniers mois. Nous avions déjà trouvé beaucoup d'information.

Je le rappelle, j'ai lu tous les livres sur lesquels je pouvais mettre la main. J'ai également consulté un très grand nombre de babillards et j'y ai glané toute l'information sur laquelle je pouvais mettre la main pour trouver de l'aide. Dans notre cas en particulier, cela a consisté à discuter avec notre ministre du culte, parce que nous sommes actifs au sein de notre groupe confessionnel. Je suis allée à une réunion de la société de schizophrénie après avoir déménagé à Bridgewater, mais j'étais tellement effrayée après cette première réunion — j'avais dû m'en aller parce que j'étais trop bouleversée. Les participants étaient des personnes âgées dans la cinquantaine et la soixantaine, alors que ma fille n'avait que 18 ou 19 ans. J'étais terrorisée à l'idée de ce qui pourrait lui arriver. Il n'y avait pas d'autres parents que moi. En fait, les parents de la plupart de ces personnes étaient décédés ou ne participaient pas. Je pense qu'il y a un réel manque de soutien et d'information.

Nous avons puisé un grand réconfort dans nos conversations avec nos amis. Cela a été utile de discuter avec les médecins qui s'étaient occupés du cas de ma fille mais, malgré le Early Psychosis Program, étant donné que nous étions très éloignés du centre, lorsque ma fille était en crise, jusqu'à il y a six mois, je faisais parfois la navette deux ou trois fois par semaine. Ma belle-mère était dans une résidence pour personnes âgées et, par conséquent, en passant de l'une à l'autre, nous ne cessions de passer d'une crise à l'autre et nous tentions de tenir le coup nous-mêmes. Ce fut parfois très difficile.

Le sénateur Cordy : La sœur de mon mari est schizophrène et je sais que, d'un point de vue familial, nous avons signalé que nous comprenions pourquoi un aussi grand nombre de familles abandonnaient les programmes, à savoir parce que les services de soutien pour les familles qui veulent obtenir de l'aide sont quasi inexistantes. Si un malade mental n'a pas de soutien de sa famille, il n'a pas beaucoup d'avenir ni beaucoup d'espoir.

Mme Morrison : Ce n'est pas uniquement une question de soutien — on vous donne l'impression que vous êtes indésirable et même ma fille a eu cette impression.

Le sénateur Cordy : Madame Taylor, vous avez notamment parlé de médicaments et de refus de prendre les médicaments. La piqure est indiscutablement à maints égards une bénédiction —

because schizophrenics particularly do not feel they are ill and will, in fact, just put the pills under their tongue until the nurse or the doctor leaves and then spit them out.

A lot of patient advocacy groups say that people who are mentally ill should not take their medication or should not be forced to take their medication. How do you feel about that?

Ms. Taylor: I know this is a very controversial subject — and I have been involved in that, too, because of the new act legislation that is coming into Nova Scotia. There is an order that a judge can make —

Mr. Chairman: A compulsory treatment order of some kind, yes.

Ms. Taylor: Yes, that is it, exactly. That is where the controversy is. In my gut, I know it is wrong to force medication on people and to lock them up — and, believe me, I have regrets about the number of times I have put my son in hospital. However, I do not see how else you can help mentally ill people — because without rationality, they cannot help themselves, and you cannot help them. So, if you can get medication into them, that is the first step. From then on, you can build. However, without medication, there is nothing to build on. That is why I would go for that compulsory treatment order. However, I know this is a very controversial subject in Nova Scotia currently.

Senator Cordy: I also wish to speak about the school system. In my other life, I was a teacher, and there were times as a teacher that it was very, very frustrating because we were often outside the loop. If you spoke to a psychologist or a doctor, it was often a case of, “Well, you are just a teacher; you really do not know what is going on.”

First, to get somebody to listen, let alone to take your word seriously, as to what the day-to-day activity of the child was and how that child interacted in a group situation of, ideally, 24 children, but very often more like 30 children in the classroom, was very difficult. Secondly, to get a school psychologist to see a child often meant waiting months and months, because the school psychologist was often working in 18 schools or more.

How do we work to ensure that we do not have silos, that we do not have everybody going down parallel lines? How can we ensure that everybody works together?

Ms. Taylor: Teachers have to be taught how to recognize mental health symptoms and they have to be taught how to teach children not to stigmatize others.

Senator Cochrane: You say your son is in the film industry?

Ms. Morrison: My son is in the film industry, yes. He is not a consumer.

parce que les schizophrènes en particulier refusent d'admettre qu'ils sont malades et mettront en fait les pilules sous la langue, pour les recracher lorsque l'infirmière ou le médecin quitte la pièce.

D'après de nombreux groupes de défense des droits des patients, les malades mentaux ne devraient pas prendre leurs médicaments ou être forcés de les prendre. Qu'en pensez-vous?

Mme Taylor : Je sais que c'est un sujet très controversé et j'ai participé à ce type de discussion également à cause des nouvelles dispositions législatives que l'on veut adopter en Nouvelle-Écosse. C'est une ordonnance qu'un juge peut prendre...

Le président : Une ordonnance de traitement obligatoire en quelque sorte.

Mme Taylor : Oui, c'est exact. C'est à ce niveau que se situe la controverse. En mon âme et conscience, je sais que c'est mal d'obliger des personnes à prendre leurs médicaments et de les enfermer à clé — et, croyez-moi, j'ai des regrets pour toutes les fois où j'ai fait hospitaliser mon fils. Cependant, je ne vois pas de quelle autre façon on pourrait aider des malades mentaux car, du fait qu'ils sont dépourvus de jugement rationnel, ils sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes et on ne peut pas les aider. Par conséquent, la première étape est de leur faire prendre les médicaments. Ensuite, on peut intervenir. Cependant, sans médicaments, on n'a aucune prise. C'est pourquoi j'aurais tendance à être en faveur de ce type d'ordonnance de traitement obligatoire. Je sais toutefois que c'est une question très controversée en Nouvelle-Écosse actuellement.

Le sénateur Cordy : Je voudrais également faire des commentaires sur le système scolaire. J'étais enseignante avant de faire de la politique et les enseignants se trouvent parfois dans des situations extrêmement frustrantes parce qu'ils sont souvent exclus. Si on parlait à un psychologue ou à un médecin, on se faisait souvent répondre ceci : « Vous êtes enseignant et vous ne savez pas vraiment ce qui se passe ».

Premièrement, il était très difficile de trouver quelqu'un pour vous écouter et encore plus pour vous prendre au sérieux quand vous parliez de l'activité quotidienne de l'enfant et de son interaction dans un groupe de 24 enfants, idéalement, mais souvent de plus de 30 enfants. Deuxièmement, il fallait souvent attendre des mois pour qu'un psychologue scolaire puisse voir un enfant, car les psychologues scolaires travaillaient généralement dans 18 écoles ou plus.

Comment faire pour éviter que les différents intervenants collaborent au lieu de suivre des voies parallèles?

Mme Taylor : Il est essentiel d'apprendre aux enseignants à reconnaître les symptômes de maladie mentale et à enseigner aux enfants à ne pas stigmatiser certains d'entre eux.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous bien dit que votre fils travaillait dans l'industrie cinématographique?

Mme Morrison : Oui. Il n'est pas consommateur de services de santé mentale.

Senator Cochrane: Maybe he could devise some sort of an advertisement or something to give us some positive —

Ms. Morrison: I am working on him.

Senator Cochrane: Oh, good. I am glad because that is important. Sometimes it takes an initiative like that to be able to bring this issue to the forefront.

Ms. Morrison: Yes.

Senator Cochrane: Who knows? It could be sold to the CBC or other television networks.

Ms. Morrison: He produces a lot of documentaries, and we have talked about it a lot. He is currently working on something about autism. He is very interested in doing something with his sister, but she is not quite ready for that. It has definitely been a long topic of conversation.

Senator Cochrane: It probably will come.

I am going to be a little bit invasive here. I know you said your daughter's schizophrenia began when she was in grade 4. Do you think it mostly begins with adolescence?

Ms. Morrison: It varies a lot. In my daughter's case, she has a congenital syndrome, the main feature of which is schizophrenia, but most of the people with her syndrome have great physical abnormalities as well. My daughter is missing a tiny piece on a gene. It is just a fluke of nature. It might have been inherited, but in our case, it was not.

They are discovering that, with respect to people who have schizophrenia, many of them have a genetic defect, not all of them, but more than we might have thought. It is still quite unknown how schizophrenia comes to be. You may be born with a predisposition, but the symptoms do not appear usually until you are in your teens. That is the most common scenario. Some children have schizophrenia as well, but mostly it happens around the time of puberty — 16, 17, 18 is typically the story. I thought I had a normal kid until she hit 17 — but looking back, I can see that there were some difficulties.

Ms. Taylor: They are also telling us now that, although the illness develops when you are around 19 or 20, there are symptoms that you can recognize when they are around 15 or 16.

In terms of training teachers to recognize symptoms of mental illness, that training should be part of their university course. At their professional development day courses, they can be informed on how to spot children they think may be in danger. They can also set up in their social studies how to combat stigma and how the children themselves can recognize symptoms of mental illness. I think this is a perfectly easy thing to do. It would not cost very much money, except that it would take a nurse, a school nurse, going around the district to make sure that things are being said in the right way and that children are being attended to.

Le sénateur Cochrane : Il pourrait peut-être concevoir une publicité ou quelque chose de constructif...

Mme Morrison : Nous en discutons.

Le sénateur Cochrane : Ah! Bien. Je suis heureuse parce que c'est important. Il faut parfois prendre des initiatives comme celle-là pour pouvoir attirer l'attention sur ce problème.

Mme Morrison : Oui.

Le sénateur Cochrane : Qui sait? Elle pourrait être vendue à CBC ou à d'autres réseaux de télévision.

Mme Morrison : Il produit beaucoup de documentaires et nous en avons souvent discuté. Il travaille actuellement sur un projet concernant l'autisme. Cela l'intéresse beaucoup de faire quelque chose avec sa sœur, mais elle n'est pas encore tout à fait prête. Nous en discutons depuis longtemps.

Le sénateur Cochrane : Cela se réalisera probablement.

Je vais maintenant aborder un sujet quelque peu délicat. Je sais que vous avez dit que la schizophrénie de votre fille s'était manifestée lorsqu'elle était en Secondaire IV. Pensez-vous que cette maladie se déclare généralement à l'adolescence?

Mme Morrison : Cela varie considérablement. Dans le cas de ma fille, elle a un syndrome congénital dont le caractère principal est la schizophrénie, mais la plupart des personnes qui souffrent du même syndrome qu'elle ont généralement, de surcroît, de graves anomalies physiques. C'est une minuscule partie de gène qui manque à ma fille. C'est dû à un hasard extraordinaire de la nature. Ça aurait pu être héréditaire mais, dans notre cas, ce ne l'était pas.

On découvre que la plupart des personnes schizophrènes ont un défaut génétique, pas toutes, mais plus qu'on ne l'aurait soupçonné. On ne sait pas encore exactement d'où vient la schizophrénie. On peut être né avec une prédisposition, mais les symptômes n'apparaissent généralement qu'au cours de l'adolescence. C'est le scénario le plus courant. Dans certains cas, la schizophrénie se déclare chez des enfants mais, le plus souvent, elle se manifeste vers l'âge de la puberté, généralement entre 16 et 18 ans. Je pensais que j'avais une enfant normale jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 17 ans mais, rétrospectivement, je constate qu'elle avait déjà quelques difficultés avant cela.

Mme Taylor : D'après de récentes études, il paraît que, bien que la maladie se développe vers l'âge de 19 ou 20 ans, le sujet présente des symptômes reconnaissables vers l'âge de 15 ou 16 ans.

Pour ce qui est d'apprendre aux enseignants à reconnaître les symptômes de maladie mentale, cette formation devrait faire partie intégrante de leur programme d'études universitaires. Dans le cadre de leurs cours de perfectionnement professionnel, on pourrait leur donner des informations sur la façon de détecter les enfants qui pourraient être en danger. On pourrait également intégrer à leurs études sociales de l'information sur la façon de lutter contre les stigmates et sur les possibilités pour les enfants de reconnaître eux-mêmes les symptômes de maladie mentale. Je pense que ce serait très facile. Ce ne serait pas très coûteux, sauf

Senator Cochrane: I wish to share a personal story with you. When my nephew was about 18 and 19 and at university, he called me one evening to ask me to pick him up at the airport. I asked him what was wrong, and he told me that he didn't know but that he had a problem. So my husband, Jim, and I picked him up at the airport — and it was obvious that he was very restless. He was all over the place.

We offered to take him to his mother and father's place, but he said he did not want to go. Finally, we did get him to agree to visit his mother and father, who lived about 30 miles away — because I did not know what the problem was and I did not know how to handle this situation. After we spoke to his parents, he was restless and wanted to leave. He told me that he wanted to leave with us, so we agreed that he could come home with us. When we got home — he was up all night and we were up all night.

The next morning, my husband had to go to work, and my nephew told me that he thought I should leave the house. I asked him why, and he said, "I am afraid of what I might do." I said, "Do you really think so?" He said, "Yes, I want you to leave." So I left and went next door to call my husband and asked him to come home right away. When my husband arrived, the two of us went into our home and told our nephew that we were going to take him to see somebody who could diagnose his problem. He said, "No, no, I am going to go with Jim." My nephew got into the car with Jim, and they talked for two hours.

In the meantime, I called a hospital 60 miles away, to see how to handle this situation, and they told me to bring him in. Jim and I got in the car and took my nephew back to Corner Brook, and we waited all day at the hospital. They told us that we should leave our nephew there. Do you know what they did? Even though there were so many negative things about this — they gave my nephew shock treatment. This was about 40 years ago. Anyway, he has not had a problem since.

Isn't that something? Honest to God.

Ms. Taylor: I will tell you a story. You would not think that this could happen in Canada.

When my son was on the street, I think one of the reasons he stayed away from us for such a long time was that whenever we could get him into hospital, we would, because we knew that without a diagnosis he could not be helped, and there was no rationality there to which we could appeal. We did not have an intellectual conversation with my son for about 15 years — that is how ill he was. Anyway, he was picked up somewhere on our side of the American border and he was taken to a big Ontario

qu'il serait nécessaire qu'une infirmière scolaire fasse la tournée des écoles du district pour s'assurer que l'information est présentée de façon correcte et que l'on s'occupe des enfants.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais vous raconter une histoire personnelle. Lorsque mon neveu était âgé d'environ 18 ou 19 ans et qu'il était à l'université, il m'a appelée un soir pour me demander d'aller le chercher à l'aéroport. Je lui ai demandé ce qu'il n'allait pas, et il m'a répondu qu'il ne savait pas ce qu'il avait mais qu'il avait un problème. Par conséquent, je suis allée le chercher à l'aéroport avec mon mari et il était visiblement très agité. Il était vraiment très agité.

Nous lui avons proposé de le conduire chez ses parents, mais il a dit qu'il ne voulait pas y aller. Enfin, nous sommes parvenus à le convaincre d'aller rendre visite à ses parents, qui vivaient à une trentaine de milles — car je ne savais pas quelle était la nature du problème et comment réagir. Après que nous ayons parlé à ses parents, il était agité et voulait partir. Il m'a dit qu'il voulait partir avec nous et nous avons accepté qu'il revienne chez nous. Lorsque nous sommes arrivés à la maison, il est resté debout toute la nuit, et nous aussi.

Le lendemain matin, mon mari devait aller travailler et mon neveu m'a dit qu'il pensait qu'il devrait partir. Je lui ai demandé pourquoi et il m'a répondu qu'il craignait ce qu'il pourrait faire. Je lui ai demandé s'il le pensait vraiment et il m'a dit que oui, qu'il voulait partir. Je suis donc sortie et je suis allée chez mes voisins pour appeler mon mari et lui demander de rentrer immédiatement à la maison. Quand mon mari est arrivé, nous sommes entrés tous les deux dans la maison et avons dit à notre neveu que nous allions l'amener voir une personne qui pourrait diagnostiquer son problème. Il a refusé en disant qu'il allait partir avec mon mari. Mon neveu est monté dans la voiture avec lui et ils ont parlé pendant deux heures.

Pendant ce temps-là, j'ai appelé un hôpital situé à une soixantaine de milles, pour savoir comment gérer cette situation et on m'a dit de l'amener. Mon mari et moi sommes montés dans la voiture et avons conduit mon neveu à Corner Brook. Nous avons attendu toute la journée à l'hôpital. On nous a dit que nous devrions y laisser notre neveu. Savez-vous ce qu'ils ont fait à l'hôpital? Même si ce comportement avait de nombreux aspects négatifs, ils lui ont administré un traitement aux électrochocs. C'était il y a une quarantaine d'années. En tout cas, il n'a plus eu de problème semblable depuis.

N'est-ce pas incroyable? C'est une histoire vraie, je le jure.

Mme Taylor : Je vais vous raconter une histoire. On ne penserait pas que ce soit possible au Canada.

Lorsque mon fils était dans la rue, je pense qu'une des raisons pour lesquelles il s'est tenu à l'écart de nous pendant une si longue période est que, chaque fois que nous pouvions le faire hospitaliser, nous le faisons, parce que nous savions que, sans diagnostic, nous ne pourrions pas l'aider et que nous étions, nous, incapables de le raisonner. Nous n'avons pas eu de conversation intellectuelle avec lui pendant une quinzaine d'années — c'est vous dire à quel point il était malade. Quoi qu'il en soit, on l'a

hospital. He must have been in his early twenties then. He told me much later that he was so frightened when he saw the place that it took four people to get him into that hospital.

We had not heard from him for a long time. Eventually, he called and said, "Mom, I am frightened." I asked him what was wrong. He told me that he was in the hospital, had been for quite a while, but that he was now in a forensic unit. I asked him why he was in there and he told me he did not know. You must remember that he is telling me in his words as a schizophrenic, because he is not intellectual in the way we are, but he let me understand that his companions were convicted murderers and violent criminals. I said, "Oh, my goodness, Brian."

I called the hospital back to see if it was true, and indeed it was. That is where he was. I flew there immediately, and was there every day, all day, while he was there. He was in the forensic unit because they could not contain him in the hospital; he kept escaping. The forensic unit was the only secure place they could put him.

Actually, when I was flying up there, I was afraid that he was not in any way calm. He had not been calmed down in many, many years. I knew he did things impulsively. If he were with a lot of people who are "high," he could get into trouble. I know there were guards there, but you never know if someone would give him a bump over the head or something. It was really a very, very worrying time for me.

I thought, how could anything like this happen in Canada? But it did.

The Chairman: Yes.

Ms. Taylor: He had a similar experience in New Brunswick. The first time he was ever put into hospital was in New Brunswick — this was the old days, and that hospital is now closed — he was put in with people who had a variety of conditions, including mentally challenged individuals and people with special needs. He was 20 then — and I do not think he ever got over that. I am sure that is part of the reason he refuses to go to hospital.

Senator Pépin: We have been saying that the teacher has to be taught to recognize a child who is having a problem. What about medical students? We should start from there, too. When a patient goes to a hospital, let us say even to deliver a baby, that patient is asked, "Are you allergic to medication? Are you allergic to certain foods?" Family histories are taken vis-à-vis physical diseases, such as cancer, but we are never asked about mental health in our families. Maybe it should start from there. When a child goes to school, perhaps there should be a note about a background of mental illness in his family. I do not know. That is only a thought.

retrouvé quelque part à proximité de la frontière américaine et on l'a amené dans un grand hôpital ontarien. Il devait être alors au début de la vingtaine. Il m'a dit des années plus tard qu'il a été pris d'une telle panique en voyant l'endroit qu'il avait fallu quatre personnes pour le forcer à y entrer.

Nous n'avions pas entendu parler de lui depuis longtemps. Finalement, il a appelé et m'a dit qu'il avait peur. Je lui ai demandé ce qui n'allait pas. Il m'a dit qu'il était à l'hôpital depuis un certain temps, mais qu'il était maintenant dans le service médico-correctionnel. Je lui ai demandé pourquoi il était dans ce service et il m'a dit qu'il ne le savait pas. Il ne faut pas oublier qu'il s'exprimait à sa façon de schizophrène, parce qu'il ne raisonnait pas comme nous, mais il m'a fait comprendre que ses compagnons étaient des personnes reconnues coupables de meurtre et des criminels violents. J'ai dit « Oh, mon Dieu, Brian ».

J'ai rappelé l'hôpital pour vérifier si c'était vrai et c'était bien vrai. C'était là qu'il était. J'ai pris l'avion immédiatement; je restais près de lui toute la journée et ce, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Il était dans le service médico-correctionnel parce qu'on n'arrivait pas à le faire rester à l'hôpital; il se sauvait sans cesse. Ce service était le seul lieu sûr où on pouvait le placer.

En fait, pendant le voyage aller, je craignais qu'il soit très agité. Il n'avait plus été calme depuis des années. Je savais qu'il était très impulsif. S'il était en présence de nombreuses personnes agitées, il pourrait avoir des ennuis. Je sais qu'il y avait des gardiens, mais on ne sait jamais; quelqu'un aurait pu lui donner un coup sur la tête ou l'agresser de quelque façon. C'est une période au cours de laquelle je me suis fait énormément de souci.

Je me demandais comment une situation semblable était possible au Canada. C'était pourtant bel et bien possible.

Le président : Oui.

Mme Taylor : Il a vécu une expérience semblable au Nouveau-Brunswick. La première fois qu'il a été hospitalisé, c'était au Nouveau-Brunswick. C'était il y a plusieurs années, et cet hôpital est maintenant fermé. Il avait été placé dans le même service que des personnes atteintes de divers troubles, notamment des personnes ayant une déficience intellectuelle et des personnes ayant des besoins particuliers. Il était âgé de 20 ans et je ne pense pas qu'il s'en soit jamais remis. Je suis certaine que c'est une des raisons pour lesquelles il refuse d'aller à l'hôpital.

Le sénateur Pépin : Nous avons dit qu'il était essentiel d'apprendre aux enseignants à reconnaître les signes d'un problème chez un enfant. Et, en ce qui concerne les étudiants en médecine? C'est par là qu'il faudrait commencer. Lorsqu'un patient va à l'hôpital, pour un accouchement par exemple, on demande à cette femme si elle est allergique à certains médicaments ou à certains aliments. On pose des questions sur les antécédents familiaux en ce qui concerne des maladies physiques comme le cancer, mais on ne pose jamais de questions sur la santé mentale dans les familles. Il faudrait peut-être commencer par là. Lorsqu'un enfant va à l'école, il faudrait peut-être prendre note des antécédents de maladie mentale dans sa famille. Je ne sais pas, moi. C'est une idée qui me vient comme ça à l'esprit.

Ms. Morrison: That is tricky, though, because people get labelled very easily.

Senator Pépin: Yes, this is another thing. Maybe we have to come up with another alternative, but I definitely feel that medical students should be better trained.

Ms. Taylor: However, if you take care of the stigma, then no one will be labelled.

Senator Pépin: It is true that cancer can be cured when the diagnosis is made early. With mental illness, often there is a wrong diagnosis or a late diagnosis and the wrong medication is given.

Someone, I think it was Ms. Taylor, spoke about smaller clinics. Were you speaking about a community health centre as being a place where individuals could go after they leave the hospital, or were you speaking about it as an alternative to hospitals altogether? In other words, instead of going to a hospital, an individual could go to a clinic on a regular basis to get medication. Were you thinking of something like that?

Ms. Taylor: I do not necessarily think they have to go there when they come out of hospital. In my thinking, it should be an established place, a place everyone knows about, where people could wander about on their own. They have symptoms, they hear voices.

Senator Pépin: Yes.

Ms. Taylor: It could be a place to drop into. My son has told me that he has gone to a big hospital but stopped at the entrance and would not go in. I am talking about a small place, one that is friendly and welcoming. As I say, if we try to get rid of the stigma, I think that would work much better than the system we have right now.

I know we have to have patients in the large hospitals when they are psychotic. I know there is no other way of dealing with them. However, those episodes do not last very long, so when they come out of the large hospitals they can use the clinics.

Senator Pépin: That would be great.

Ms. Morrison, you spoke about medication testing. You said that your daughter could have gotten a certain medication but that she had to take another medication for so many months because she had to go through that testing. Could you explain that, please?

Ms. Morrison: The medications for psychosis can be divided into old school and new school, and the newer ones are not covered by insurance immediately. Because the new ones are so expensive, a patient has to try the old ones first.

Senator Pépin: Is this mandatory?

Mme Morrison : C'est toutefois délicat parce qu'on met très facilement des étiquettes.

Le sénateur Pépin : Oui, c'est un autre facteur. Il faudrait peut-être trouver une autre solution, mais je suis certaine qu'il serait souhaitable que les étudiants en médecine reçoivent une meilleure formation à cet égard.

Mme Taylor : Si l'on fait disparaître les stigmates, on ne mettra d'étiquette à personne.

Le sénateur Pépin : Il est vrai que le cancer est guérissable lorsque le diagnostic est précoce. En ce qui concerne la maladie mentale, le premier diagnostic est généralement erroné ou alors le diagnostic est tardif et on prescrit des médicaments qui ne conviennent pas.

Un des témoins, je pense que c'est Mme Taylor, a suggéré de mettre de petites cliniques en place. S'agit-il de centres de santé communautaire où les patients pourraient aller à leur sortie de l'hôpital ou d'une solution de remplacement aux hôpitaux? Autrement dit, est-ce qu'au lieu d'aller dans un hôpital, une personne irait régulièrement dans une clinique pour se faire administrer les médicaments nécessaires? Pensez-vous à une solution de ce type?

Mme Taylor : Je ne pense pas nécessairement à un endroit où les patients iraient après leur sortie de l'hôpital. Dans mon esprit, il s'agirait d'un lieu établi, d'un lieu que tout le monde connaîtrait, et où les personnes qui ont des symptômes et qui entendent des voix pourraient se rendre de leur propre gré.

Le sénateur Pépin : Oui.

Mme Taylor : Ce pourrait être en quelque sorte un lieu d'accueil. Mon fils m'a dit qu'il s'était rendu à un grand hôpital mais que, arrivé à l'entrée, il ne voulait plus entrer. Je parle de petits établissements, où le personnel est aimable et accueillant. Si nous tentons de nous débarrasser des stigmates, je pense que cette solution serait beaucoup plus efficace que le système actuellement en place.

Je sais que certains des patients qui sont dans les grands hôpitaux sont psychotiques. Je sais que c'est la seule méthode efficace avec eux. Cependant, ces épisodes ne durent pas très longtemps et, par conséquent, ils pourraient aller dans les cliniques à leur sortie de l'hôpital.

Le sénateur Pépin : Ce serait formidable.

Madame Morrison, vous avez fait des commentaires sur les essais avec les médicaments. Vous avez signalé que votre fille aurait pu obtenir un médicament précis mais qu'elle devait d'abord en prendre un autre pendant des mois parce qu'il était obligatoire de faire cet essai. Pourriez-vous donner des explications à ce sujet?

Mme Morrison : Les médicaments pour les psychoses peuvent être répartis en deux catégories : ceux de la vieille école et ceux de la nouvelle école. Les médicaments récents ne sont pas couverts immédiatement par l'assurance. Étant donné qu'ils sont très coûteux, on doit commencer par les médicaments traditionnels.

Le sénateur Pépin : Est-ce obligatoire?

Ms. Morrison: Yes. I am not sure where the power structure is, but in the case of my daughter, who really had a very poor record on medication, we were told that her best hope lies with the new drugs but that they could not administer them to her legally until she had had a trial run of the other ones, at which point we could go to the drug company and say, "She failed to recover with these medications, so we want these ones," and then the cost was covered.

Mr. Chairman: Yes, that same principle applies, to the best of my knowledge, in every province.

Ms. Morrison: Yes. I am probably not expressing it very well, but —

Mr. Chairman: Oh, no, that is exactly what happens.

Ms. Taylor: That is where the inequality comes in.

Senator Pépin: They do not have to pay for the medication like that.

Ms. Morrison: Yes, but it is a cost thing.

Senator Pépin: I know.

Ms. Morrison: Some of the newer ones are actually quite cheap, but some of them are incredibly expensive.

Senator Pépin: However, you have to go through that process.

Ms. Morrison: Yes.

Senator Pépin: I was not aware of that.

Ms. Morrison: When an individual begins an antipsychotic medication, it takes quite a while for the medication to build up in the person's system. You have to start small, and then you reach a peak. You find out what the therapeutic dose is, and then if it is not working, you have to taper it off. You then get to a point where you can get it low enough in the system that you can begin to introduce the next one, so it is about a six-month process.

Ms. Taylor: This is where inequality comes in, because Prince Edward Island does not have that long period of trial. You can get a letter from your doctor that says, "I believe such and such is the medication this patient needs," and that is enough, whereas in Nova Scotia, the patient has to go through a trial period. I think it is very unethical.

Ms. Morrison: I truly believe that my daughter suffered brain damage partly because of the medications, but also because of the illness itself being prolonged.

Mme Morrison : Oui. Je ne suis pas très au courant de la structure de pouvoir mais, dans le cas de ma fille, dont les antécédents en matière de médicaments n'étaient pas fameux du tout, on nous a dit que son plus grand espoir résidait dans les nouveaux médicaments, mais que l'on ne pouvait pas les lui administrer légalement tant que l'on n'avait pas fait un essai avec les autres, et qu'alors seulement on pourrait expliquer à la société pharmaceutique que les médicaments conventionnels n'avaient pas pu la rétablir et que l'on voulait par conséquent essayer les nouveaux. À partir de ce moment-là, le prix des médicaments est couvert par l'assurance.

Le président : Oui, ce principe est applicable dans toutes les provinces, à ce que je sache.

Mme Morrison : Oui. Je ne m'exprime probablement pas très bien, mais...

Le président : Oh non, c'est exactement ce qui se passe.

Mme Taylor : C'est de là que vient l'inégalité.

Le sénateur Pépin : Les hôpitaux ne doivent pas payer pour le médicament comme tel.

Mme Morrison : Non, mais c'est tout de même une question de coût.

Le sénateur Pépin : Je sais.

Mme Morrison : Certains médicaments récents sont très bon marché, mais d'autres sont extrêmement coûteux.

Le sénateur Pépin : Il est toutefois obligatoire de suivre ce processus.

Mme Morrison : Oui.

Le sénateur Pépin : Je l'ignorais.

Mme Morrison : Lorsqu'une personne commence à prendre un médicament antipsychotique, il faut un certain temps pour qu'il s'accumule dans son système. Il faut commencer par de petites doses, pour atteindre progressivement la dose maximale. Il faut trouver quelle est la dose thérapeutique et, si ce n'est pas efficace, il faut diminuer la dose. À un certain moment, la quantité a suffisamment diminué dans le système du patient pour permettre de commencer à prendre le prochain médicament. C'est donc un processus qui dure environ six mois.

Mme Taylor : C'est à ce niveau-là que se manifeste l'inégalité car, à l'Île-du-Prince-Édouard, la période d'essai n'est pas aussi longue. Vous pouvez obtenir une lettre de votre médecin dans laquelle il indique que tel ou tel médicament est celui dont le patient a besoin. Cela suffit, alors qu'en Nouvelle-Écosse, le patient doit passer par une période d'essai. Je pense que c'est immoral.

Mme Morrison : Je suis convaincue que ma fille a subi des lésions au cerveau en partie à cause des médicaments, mais aussi parce que sa maladie se prolongeait.

Senator Pépin: Ms. Taylor, you said that it is your wish that mental health would get as much attention as, say, child care. I agree with you, but it took more than 20 years to get child care on the agenda. However, it is a start and we hope it is going to be shorter than that.

Senator Cook: I do not know if you were present when I talked about the need for a national formulary for drugs this morning. This is one of our challenges, to create a national formulary across this country. If not, how are we going to have a seamless delivery of service?

Yes, Senator Pépin, in my province there are three drugs for schizophrenia. You have to fail two to get the third. As you know, the side effects of number one and two are horrible. If you do not have peer support or strong family support, an individual will often try one, perhaps two, and then give up. Often the individual will not get to the point of three.

I do not know a lot about drug companies and how they operate. My understanding is that research develops something and the drug company manufactures it. I am not too jaundiced about drug companies pushing a new product, because until everyone buys into the challenge we are all facing, drug companies included, we will not move forward. I am beginning to listen a little bit to drug company representatives when they talk about the new drugs, because my province has mandated two refusals to get to number three on one particular drug for schizophrenia.

So, that is our challenge. We hope you support us in this national formulary.

Mr. Chairman: Let me get back to the point that Joyce raised about stigma. Assuming the federal government is prepared to put money into an anti-stigma campaign, particularly one targeted at students, I think the odds on it being successful are enormous if we target it at, say, the under 25s, rather than if we target it at old fogies like us. I say that because you only have to look at the change in attitude toward homosexuality, for example, among the under-25 group. I am fascinated by the fact that, when all this business about same-sex marriage came up, university and high school-age kids were saying, "Like, what is the issue?" All the polls showed that the under-30 group were skewed hugely to the attitude of "What is the issue?" whereas the over-60 group were skewed at "This is a huge issue."

Le sénateur Pépin : Madame Taylor, vous avez mentionné que vous souhaitiez que l'on accorde autant d'attention à la santé mentale qu'au bien-être des enfants, par exemple. Je suis bien d'accord avec vous, mais il a fallu plus de 20 ans pour mettre le bien-être des enfants au programme. C'est toutefois un début, et nous espérons que le délai ne sera pas aussi long.

Le sénateur Cook : Je ne sais pas si vous étiez présente lorsque j'ai mentionné ce matin qu'il était essentiel d'établir un formulaire national pour les médicaments. La création d'un formulaire national est un des défis que nous avons à relever. Comment pourrait-on sans cela mettre en place un système assurant la continuité des services?

Oui, sénateur Pépin, dans ma province, on utilise trois médicaments pour soigner la schizophrénie. Il est obligatoire d'avoir fait un essai avec les deux premiers avant de passer au troisième. Comme vous le savez, les effets secondaires du premier et du deuxième médicaments sont horribles. Sans le soutien des pairs ou un soutien familial vigoureux, le malade en essaie généralement un, peut-être deux, puis abandonne. Il n'essaie généralement pas le troisième.

Je ne suis pas très au courant des procédures des sociétés pharmaceutiques. Je pense que l'on met au point les médicaments par la recherche, puis que la société pharmaceutique le produit. Je ne suis pas trop pessimiste au sujet des pressions que les sociétés pharmaceutiques font pour vendre un nouveau médicament parce que, tant que tous les intervenants ne se mobiliseront pas, les sociétés pharmaceutiques y compris, nous n'accomplirons pas de progrès. Je commence à écouter les représentants de sociétés pharmaceutiques quand ils parlent de nouveaux médicaments parce que, dans ma province, il est essentiel d'avoir fait un essai avec les deux premiers médicaments utilisés pour soigner la schizophrénie avant de pouvoir passer au troisième.

C'est donc le défi que nous avons à relever. Nous espérons que vous appuyez cette recommandation concernant la mise en place d'un formulaire national.

Le président : Je voudrais revenir à la question que Mme Taylor a soulevée au sujet des stigmates. À supposer que le gouvernement fédéral soit disposé à investir des fonds dans une campagne antistigmates, en particulier une campagne axée sur les étudiants, je pense que les chances de réussite seraient énormes si on ciblait les jeunes âgés de moins de 25 ans plutôt que des vieux bonzes comme nous. Je le mentionne parce qu'on a constaté qu'il était essentiel de s'adresser au groupe des jeunes âgés de moins de 25 ans pour modifier les attitudes à l'égard de l'homosexualité. Ce qui me fascine, c'est que lorsqu'on a fait tout ce tintouin au sujet du mariage entre personnes du même sexe, les étudiants universitaires et ceux du secondaire se demandaient pourquoi. Tous les sondages indiquaient que la forte majorité des moins de 30 ans se demandaient quel était le problème alors que la plupart des personnes âgées de plus de 60 ans trouvaient que c'était un grave problème.

The hope really is in changing the attitudes of the next generation, which is possible, I believe, if the federal government will fund it. I thought, getting back to your comment, we should at least end this morning on a note of hope.

Thank you all for attending this morning.

The committee adjourned.

HALIFAX, Monday, May 9, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:20 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

Mr. Chairman: Senators, our first witnesses this afternoon are Ms. Nancy Beck, Mr. George Tomie, and Ms. Carole Tooton.

I will ask each of you to make your presentation and then we will ask questions.

Ms. Nancy Beck, Director, Connections Clubhouse: Thank you.

I come today with very mixed emotions, honoured to be invited to speak and to share my experience, nervous because it is a huge responsibility to share the personal stories I am about to tell, and saddened that today, May 9, 2005, one in five Canadians people are suffering from a mental illness which we have the knowledge to address.

It would be very easy for me to sit here and give you a presentation on what we need to do to improve this situation. We have the knowledge. Over the last 20 years, I have participated in the creation of more working documents than I wish to admit to. When I counted them up last night, I found 37 documents I helped to create. These reports are sitting on the shelves in my library. The action taken on these reports has been insignificant.

I am convinced, after having read your report, that you fully understand the context and the issues and I believe you have the power to act. My goal today is to urge you to act by giving you a small glimpse into the lives of the people I work with every day. Their very personal stories are contained in my reports. It is through their stories that I will present the challenges facing many Canadians living with a mental illness and/or an addiction, their families and those of us trying to make a difference.

Notre espoir est de modifier les attitudes de la génération montante, ce qui est à mon avis possible, si le gouvernement fédéral octroie les fonds nécessaires. À propos du commentaire que vous avez fait à ce sujet, je pense que nous devons au moins terminer la séance de ce matin sur une note d'espoir.

Je vous remercie pour votre participation.

La séance est levée.

HALIFAX, le lundi 9 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 20, pour examiner des questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, les premiers témoins de cet après-midi sont Mme Nancy Beck, M. George Tomie et Mme Carole Tooton.

Je demanderais à chacun de vous de présenter votre témoignage, et, ensuite, nous poserons des questions.

Mme Nancy Beck, directrice, Connections Clubhouse : Merci.

Je m'adresse à vous aujourd'hui partagée entre des émotions très différentes. Je suis honorée d'avoir été invitée à parler et à vous faire part de mon expérience, je suis nerveuse parce que j'ai sur mes épaules l'énorme responsabilité de vous raconter les histoires personnelles que je suis sur le point de vous exposer, et je suis triste de voir que, aujourd'hui, le 9 mai 2005, un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale que nous pourrions soigner grâce à nos connaissances.

Ce serait très facile pour moi de m'asseoir ici et de vous présenter un exposé sur ce que nous devons faire pour améliorer cette situation. Nous avons les connaissances nécessaires. Au cours des 20 dernières années, j'ai participé à la création d'un plus grand nombre de documents de travail que je voudrais l'admettre. Lorsque je les ai comptés hier soir, j'ai découvert que j'avais contribué à la création de 37 documents. Ces rapports dorment sur les tablettes de ma bibliothèque. Les mesures qu'on a prises à la suite de la publication de ces rapports sont insignifiantes.

Je suis convaincue, après avoir lu votre rapport, que vous comprenez parfaitement le contexte et les enjeux dont il est question, et j'estime que vous avez le pouvoir d'agir. Aujourd'hui, j'ai l'intention de vous exhorter à agir en vous donnant un aperçu de la vie des gens avec qui je travaille chaque jour. Je raconte leurs histoires très personnelles dans mes rapports. C'est par l'entremise de leurs histoires que je vais présenter les défis auxquels sont confrontés de nombreux Canadiens qui vivent avec une maladie mentale et/ou une dépendance, leur famille et ceux d'entre nous qui essayons de changer le cours des choses.

Lisa is a young woman of 22 years, living in a common-law relationship with two children. She is in the forensic unit right now because after repeated attempts to be admitted to acute care failed, she consciously committed a crime in order to get help so that she would not harm her children. This is her history; her future is limited.

Joan, 27 years, is a quiet young woman; both of her parents died 10 years ago. She is living in a long-term care facility at \$1,300 per day because affordable housing and community supports are not available. There is no discharge date in sight. You can do the math.

Tom moved here from Cape Breton to attend university. After several stays in acute care, he is now living in a residential care facility with 20 other people. Tom is 26 years of age. The average age in the residential care facility is 52. He has lost hope.

Scott, 36, wants to go to community college. He has three case managers, one from the mental health program, one from income assistance, and one from supervised housing, none of whom is listening to what Tom wants to do with his future. They are very busy carrying out their mandate and maintaining him as a mental health client in a risk-free environment. His case managers consider school too stressful for Scott.

Janet, 44 years, dreams of reconnecting with her family. She was diagnosed with a bipolar disorder and has an addiction. When both these diseases are active, Janet cannot get help. The system plays a "you have to get the other disease treated first" game. When she is not doing heroin, Janet spends her days trying to convince someone to help her with both her addiction and her disorder.

Kim, 44 years, was a teacher. Her physician tells her she cannot return to work. She has a serious and persistent mental illness, yet she looks after her family, her home, volunteers and desperately feels she is ready to go back to work. However, she needs a physician's letter in order to return to work and that letter is not forthcoming, so she waits at home.

Michael, 39 years, survives on Canada Pension Plan benefits. Tall, thin, with a wicked sense of humour, he is living on the street. He earns \$10 more than income assistance allows, so he is not eligible to receive a pharmacare card to pay for his medications. He is homeless, he is psychotic and he has type 2 diabetes.

Jane is 40 years of age, had the job she always wanted; she worked as a part-time bank clerk for 10 years. Recently, she was switched to a generic compound because it was a few dollars cheaper. As a result, she is unstable, unable to work and on disability benefits. She is waiting for the government to approve the newer, atypical anti-psychotic. Her wish is to return to gainful employment and not be dependent on disability payments.

Lisa est une jeune femme âgée de 22 ans, qui vit avec un conjoint de fait et deux enfants. Actuellement, elle est au service médico-légal parce que, après avoir essayé à maintes reprises d'être admise en soins actifs, en vain, elle a commis un crime de sang-froid afin d'obtenir de l'aide et ne pas faire de mal à ses enfants. C'est son histoire; son avenir est compromis.

Joan, à 27 ans, est une jeune femme tranquille; ses deux parents sont morts il y a dix ans. Elle vit dans un établissement de soins de longue durée, à 1 300 \$ par jour, parce qu'il n'y a pas de logements abordables ni de soutiens communautaires. Elle n'est pas près d'obtenir son congé. Faites le calcul.

Tom est parti du Cap-Breton pour venir s'installer ici et aller à l'université. Après plusieurs séjours en soins actifs, il vit maintenant dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes avec 20 autres personnes. Tom a 26 ans. L'âge moyen des résidents de l'établissement est de 52 ans. Il a perdu tout espoir.

Scott, âgé de 36 ans, veut aller au cégep. Il a trois agents de gestion des cas, un du programme de santé mentale, un de l'aide au revenu, et l'autre du logement supervisé, mais aucun d'entre eux n'écoute ce que Tom veut faire de sa vie. Ils sont très occupés à remplir leur mandat et à veiller sur lui comme client en santé mentale dans un environnement sans risque. Ces agents de gestion des cas considèrent que l'école serait trop stressante pour lui.

Janet, âgée de 44 ans, rêve de renouer avec sa famille. On a diagnostiqué dans son cas un trouble bipolaire. Elle souffre d'une dépendance. Lorsque ses deux maladies sont en phase active, Janet ne peut pas obtenir d'aide. Le système lui répète sempiternellement « vous devez faire traiter d'abord l'autre maladie ». Lorsqu'elle ne prend pas d'héroïne, Janet consacre ses journées à essayer de convaincre quelqu'un de l'aider à s'affranchir de sa dépendance et à traiter son trouble.

Kim, qui a 44 ans, était enseignante. Son médecin lui dit qu'elle ne peut retourner travailler. Elle souffre d'une maladie mentale grave et persistante, bien qu'elle s'occupe de sa famille et de son foyer, qu'elle fasse du bénévolat et qu'elle soit profondément convaincue qu'elle est prête à retourner au travail. Cependant, elle a besoin de la lettre d'un médecin pour retourner au travail, et cette lettre ne vient pas. Donc, elle reste chez elle à attendre.

Michael, qui a 39 ans, survit grâce aux prestations du Régime de pensions du Canada. Grand, mince, doté d'un sens de l'humour mordant, il vit dans la rue. Il gagne 10 \$ de plus que ne le permet l'aide au revenu, ce qui fait qu'il ne peut pas recevoir de carte d'assurance-médicaments pour payer sa médication. Il est sans abri, il est psychotique et il souffre du diabète de type 2.

Jane est âgée de 40 ans. Elle faisait ce qu'elle avait toujours voulu faire dans la vie; elle a travaillé pendant dix ans à temps partiel comme commis dans une banque. Récemment, on a remplacé son médicament par une version générique parce qu'elle coûtait quelques dollars de moins. Par conséquent, elle est instable, elle est incapable de travailler, et elle touche des prestations d'invalidité. Elle attend que le gouvernement approuve le tout nouvel anti-psychotique atypique. Elle souhaite reprendre son emploi rémunérateur et ne pas dépendre des prestations d'invalidité.

Patty is a registered nurse and community activist, living with the stigma of both a mental illness and an addiction. It has taken 10 years to convince an employer to give her a chance. Discrimination is alive and well, even within the ranks of our mental health system.

Joel, Carrie, and Aaron, are all under 24 years of age. They are young, talented people diagnosed with mental illness. Their futures are not bright. These young people require support to return to work and they are competing with those who do not have a mental illness in an environment that discriminates against people with mental illness. Who will the employer choose?

Jacob is an artist who has had his work displayed at the National Gallery of Canada. He is depressed and wants his family doctor to follow him. The family doctor says he does not have the expertise or the time to provide the psychiatric attention Jacob needs. Jacob refuses to attend a psychiatric clinic where the resident doctor changes every four months.

Diagnosed with psychosis, nineteen-year-old Marie is in need of acute care. Well, we are not quite sure where this brilliant, first-year college student should receive her care, and, as we speak, the professionals are meeting to try to figure out where she belongs. She falls into the canyon that exists between child, youth and adult services. When the professionals make a referral to the adult system, 500 people are already on that waiting list.

Marianna is a 47-year-old beautiful, free-spirited Aboriginal woman, who, when she is well, supports herself by cleaning homes. She is mentally challenged, has schizophrenia and indulges in alcohol from time to time. Marianna was passed from one case manager to another. Now, we bring her food and medications on the street.

Clyde is a 72-year-old veteran with schizophrenia. He requires a couple of hours a week of personal care and a couple of hours to help prepare meals. As a mental health client, he is not able to access home care and against his wishes, the recommendation is that he receives long-term care. We estimate it would cost \$400 a month to honour Clyde's wish and help him remain in an apartment that he has lived in for 15 years.

I have a hundreds more stories that I could tell, but I am sure that you are familiar with this picture, having gone across our beautiful country.

These are real Canadians and they are some of the bravest people I know, suffering for the most part from illnesses that are treatable in a country known for its quality of life.

Patty est infirmière autorisée et militante d'action communautaire. Elle est marquée par le stigmate de la maladie mentale et de la toxicomanie. Ça lui a pris dix ans pour convaincre un employeur de lui donner une chance. Partout, elle est victime de discrimination, même dans notre système de santé mentale.

Joel, Carrie et Aaron sont tous âgés de moins de 24 ans. Ils sont jeunes, talentueux, mais ils souffrent d'une maladie mentale. Leur avenir n'est pas brillant. Ces jeunes gens ont besoin de soutien pour retourner travailler, et ils sont en concurrence avec des personnes qui n'ont pas de maladie mentale, dans un environnement où les personnes qui souffrent d'une maladie mentale sont victimes de discrimination. Selon vous, qui l'employeur choisira-t-il?

Jacob est un artiste dont les œuvres ont été exposées au Musée des beaux-arts du Canada. Il est déprimé, et il veut être suivi par son médecin de famille. Ce dernier dit ne pas avoir l'expertise ni le temps nécessaire pour lui prodiguer des soins psychiatriques. Jacob refuse de fréquenter une clinique psychiatrique, où le médecin résident change aux quatre mois.

Atteinte de psychose, Marie, 19 ans, a besoin de soins actifs. Nous ne sommes pas vraiment certains de l'endroit où cette brillante étudiante de première année au collège devrait recevoir ses soins, et, au moment où on se parle, les professionnels se rencontrent pour essayer de trouver où elle devrait aller. Elle n'est visée ni par les services à l'enfance, ni par les services à l'adolescence, et pas non plus par les services aux adultes. Lorsque les professionnels renvoient une personne au système des adultes, il y a déjà 500 noms sur la liste d'attente.

Marianna est une belle Autochtone âgée de 47 ans, libre d'esprit, qui, lorsqu'elle va bien, gagne sa croûte en faisant du ménage dans des maisons. Elle est aux prises avec des difficultés mentales, souffre de schizophrénie, et se saoule de temps à autre. Marianna a été ballottée d'un agent de gestion des cas à l'autre. Maintenant, nous lui apportons de la nourriture et des médicaments dans la rue.

Clyde est un ancien combattant âgé de 72 ans qui souffre de schizophrénie. Il a besoin de quelques heures de soins personnels par semaine, et d'une personne qui vient l'aider à préparer ses repas. En tant que bénéficiaire de soins de santé mentale, il ne peut pas bénéficier de soins à domicile, et on a recommandé, à son grand dam, de lui dispenser des soins de longue durée. Nous estimons qu'il ne coûterait que 400 \$ par mois pour exaucer le souhait de Clyde et l'aider à rester dans l'appartement qu'il occupe depuis quinze ans.

Je pourrais vous raconter des centaines d'autres histoires, mais je suis certaine que vous connaissez la chanson, car vous avez parcouru notre beau pays.

Il s'agit de Canadiens authentiques et de certaines des personnes les plus braves que je connaisse. Ils souffrent en majeure partie de maladies que l'on peut traiter dans un pays reconnu pour sa qualité de vie.

Each of these examples highlights the daily challenges faced by people living with mental illness and addictions and by those of us who are working in what we call "the system."

Essentially, our system is a non-system. It is broke and it requires a major transformation. Forensic services have become all too familiar to me and others. It is now a treatment place of choice. The courts can mandate the treatment to get in and they can mandate the treatment when you are discharged. Age-appropriate, culturally relevant services are not available; we barely have the generic version.

Accessibility of services is an indicator of how well the system is working. Locally, unless you are in a life-threatening situation, you go on that waiting list I spoke about with 500 people waiting before you.

Opportunities for housing, employment, and education supports are too rare. Coordination and collaboration across government departments and NGOs is almost nonexistent. The "blame game" that results in buck-passing is the usual experience, together with a fierce competition among community players for very few dollars.

Pharmacare policies are very shortsighted and they prevent people from accessing state-of-the-art treatments as the first line. The mental health budget is eroding. We do not have the resources to overcome the challenges before us, whether they relate to service or infrastructure.

The government has been remiss in exercising its power to enforce some of the necessary changes. The existing culture has not embraced the evidence that is available regarding mental health.

How do we change from thinking and acting like an industrial-age economy to thinking and acting like a knowledge-based economy, using the information at our fingertips while still developing new knowledge?

What else can I say? It is my privilege to work in a situation recognized by the Federal-Provincial-Territorial Advisory Network on Mental Health as the best practice in 1998. The program I work in is focused on giving people hope and opportunity. To accomplish that, we focus on what matters to all Canadians and that is citizenship and the rights and responsibilities that accompany it: access to health and mental health, gainful employment, education, meaningful relationships, inclusion, community participation and opportunities to give back to society.

I learned many years ago that people who have serious mental illnesses are no different from you and me. Their needs are exactly the same. They want and have a right to a life that is meaningful and productive.

Chacun de ces exemples fait ressortir les défis quotidiens auxquels sont confrontés les gens qui vivent avec une maladie mentale et une dépendance et celles qui travaillent dans ce que nous appelons « le système ».

Essentiellement, notre système est un non-système. Il est à court d'argent, et il a besoin d'une transformation majeure. Les services de médecine légale sont devenus beaucoup trop connus de personnes comme moi et d'autres gens. Ils constituent maintenant un endroit de choix pour obtenir des traitements. Les tribunaux peuvent ordonner le traitement au moment où on y entre, et ils peuvent l'ordonner au moment du congé. Il n'y a pas de services qui tiennent compte de l'âge et de la culture; nous offrons à peine des services génériques.

L'accessibilité des services est un indicateur de la bonne santé du système. À l'échelle locale, à moins d'être en danger de mort, vous atterrissez sur la liste d'attente dont j'ai parlé, et 500 personnes attendent avant vous.

Les possibilités de logements, d'emplois et de soutien à l'éducation sont trop rares. La coordination et la collaboration entre les ministères gouvernementaux et les ONG sont quasi inexistantes. Le « jeu de blâmes » auquel on s'adonne lorsqu'on se passe la patate chaude est le lot quotidien des intervenants de ce système, et les organismes communautaires se disputent féroce ment chaque dollar.

Les politiques en matière d'assurance-médicaments sont à courte vue, et elles empêchent les gens d'accéder d'office à des traitements à la fine pointe de la science. Le budget de la santé mentale fond comme neige au soleil. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour surmonter les défis qui nous attendent, qu'ils soient liés au service ou à l'infrastructure.

Le gouvernement a négligé d'exercer son pouvoir pour apporter certains changements nécessaires. La culture existante n'a pas reconnu les preuves dont on dispose concernant la santé mentale.

Comment pouvons-nous cesser de penser et d'agir comme si nous étions à l'ère industrielle pour penser et agir conformément à une économie du savoir, en utilisant l'information qui se trouve au bout de nos doigts tout en élaborant de nouvelles connaissances?

Qu'est-ce que je peux dire d'autre? J'ai le privilège de travailler dans un milieu qui, selon le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, constituait la meilleure pratique en 1998. Le programme dans lequel je travaille vise à donner aux gens espoir et possibilités d'avenir. Pour ce faire, nous mettons l'accent sur ce qui importe pour tous les Canadiens. Il s'agit de la citoyenneté et des droits et responsabilités qui l'accompagnent : l'accès à la santé et à la santé mentale, un emploi rémunérateur, l'éducation, des relations constructives, l'inclusion, la participation à la collectivité et les possibilités de redonner à la société.

J'ai appris, il y a bien des années, que les gens qui souffrent d'une maladie mentale grave ne sont pas différents de vous et moi. Leurs besoins sont exactement les mêmes. Ils veulent une vie intéressante et productive, et ils y ont droit.

This is the 21st century, yet, as I tell this story, one would think it was a story from another era. It baffles my mind.

In closing, I want to say that I am also a mother of three teenage boys who are at that very vulnerable stage and there is a history of serious depression in our family. If one of my sons had one of these serious illnesses, I would want the system to respond immediately, within the moment, and in a way that respects their age and embraces the youth culture.

I would like the system to focus on recovery and to offer alternative health choices, but should patients require pharmacotherapy, the newest and the best pharmacological compounds should be the first option, not the second or third, while the kids are losing time. And I would want those services to be delivered in the office of a primary care physician who has received specialized training in mental health.

I challenge each of you to respect and act on the findings of your standing committee, and that the outcome of your report is a call to action that results in a national action plan. I also want to tell you what it should include.

The plan should focus on a population health model, paying attention to prevention, promotion, community care, clinical care, education, research and advocacy. Health Canada's website has incredible resources around the topic of population health. They have been doing research in this area for decades, but I have yet to see that evidence put into operation.

I also would like to see the integration of mental health and addictions. I would like to see support for a primary care/shared care agenda. I would like to see increases in and protection of the funding envelope for mental health, with funding arrangements that are not solely focused on government programs.

We need to better respect the diversity within the Canadian population. We need to provide a range of supports and access to state-of-the-art treatments, and I think we also need to understand social and corporate responsibility. It will take many players to be successful with our changed agenda.

I have just learned about Lily Canada, which has recently formed a foundation that will see \$1.5 million targeted at solutions for wellness this year and \$5 million next year. That money will funnel into community programs across the country, promoting solutions for wellness.

How do we encourage other industry players to follow this example?

Nous sommes au XXI^e siècle. Cependant, pendant que je vous raconte cette histoire, on pourrait penser qu'elle a été vécue à une autre époque. Ça me déroute complètement.

En terminant, je voudrais dire que je suis également la mère de trois adolescents qui en sont à cette étape très précaire de leur vie. De plus, il y a eu de graves dépressions dans notre famille. Si l'un de mes fils souffre de l'une de ces graves maladies, je voudrais que le système réagisse sur-le-champ, sans attendre, et de façon à respecter leur âge et la culture des jeunes.

J'aimerais que le système mette l'accent sur le rétablissement et offre des solutions de rechange. Mais si les patients ont besoin de pharmacothérapie, les toutes dernières et les meilleures versions pharmacologiques devraient constituer la première option, et non pas la deuxième ou la troisième, lorsque les enfants perdent du temps. Et j'aimerais que ces services soient dispensés dans le cabinet d'un médecin qui offre des soins primaires, et qui a suivi une formation spécialisée en santé mentale.

Je mets au défi chacun d'entre vous de respecter les conclusions de votre Comité permanent et de prendre des mesures pour y donner suite, et de faire en sorte que votre rapport exhorte les gens à agir et débouche sur un plan d'action national. Je veux aussi vous dire ce qu'il devrait comprendre.

Le plan devrait mettre l'accent sur un modèle de santé de la population qui tient compte de la prévention, de la promotion, des soins communautaires, des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et de la défense des intérêts. Le site Web de Santé Canada est une mine de renseignements sur la santé de la population. Le Ministère effectue des recherches dans ce domaine depuis des décennies, mais je n'en ai pas encore vu les résultats en application.

J'aimerais aussi qu'on regroupe les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. J'aimerais qu'on soutienne un programme de soins primaires/de soins partagés. J'aimerais qu'on injecte plus d'argent dans le budget des services de santé mentale et qu'on protège cette enveloppe, en appliquant des mécanismes de financement qui ne visent pas uniquement les programmes gouvernementaux.

Nous devons davantage respecter la diversité de la population canadienne. Nous devons offrir un éventail de mesures de soutien et d'accès aux traitements à la fine pointe de la science, et je crois que nous devons également comprendre notre responsabilité sociale et la responsabilité des sociétés. Nous aurons besoin du concours de nombreux intervenants pour réussir notre nouveau programme.

Je viens tout juste d'apprendre l'existence de Lily Canada, qui a récemment mis sur pied une fondation dont 1,5 million de dollars cibleront des solutions de mieux-être, cette année, et cinq millions de dollars pour l'an prochain. Cet argent sera acheminé à des programmes communautaires d'un bout à l'autre du pays, et qui assurent la promotion de solutions de mieux-être.

Mais comment encourageons-nous d'autres intervenants de l'industrie à suivre cet exemple?

The plan should also include provincial incentives that support the transformation of our antiquated system to a system that respects contemporary mental health issues and attaches funding to provincial priorities and outcomes negotiated with the federal government. Most importantly, there has to be a framework with clout that holds the provinces accountable to deliver on what they have negotiated, no change, no outcome, no money.

Now, I know all this is a tall order and I would also add that I would like it right now. Ms. Tooton, do you support that?

Ms. Carole Tooton, Executive Director, Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division: Absolutely.

Ms. Beck: I know that it is definitely within our reach.

In closing, I want to end with a quote brought to my attention by a very dear colleague, Stan Kutcher, attributable to the World Health Organization. It says:

...we have the means and the scientific knowledge to help people with mental and brain disorders. Governments have been remiss, as has the public health community. By accident or design, we are all responsible for this situation.

It goes on to say,

We have one option and only one option — to ensure that ours will be the last generation that allows shame and stigma to rule over science and reason.

The Chairman: Thank you for your terrific presentation. Do you have a brochure on your organization that is separate from your presentation? If you do, would you please send us a copy?

Mr. George Tomie, Facilitator of the SOS Support Group and family member of a mental health consumer, as an individual: Mr. Chairman, members of the committee, I would like to thank you for inviting me to speak on behalf of the Halifax chapter of Survivors of Suicide.

The late Jerry Geisler and his wife, Mary, started this support group in 1999 when they saw a need for a support group to help others after their daughter finally completed the act of suicide following several unsuccessful attempts. The Geisler's moved from New York to Nova Scotia to be near their grandchildren, and while living here, they decided to help others through the pain of losing someone by the act of suicide. After much determination and hard work, they founded the Halifax SOS Group, which still exists today.

We owe much to Jerry and Mary for their hard work and dedication. To date, this is the only support group for survivors of suicide in the Province of Nova Scotia and at one time was the only support group east of Montreal.

Le plan devrait également prévoir des incitatifs provinciaux qui soutiennent la transformation de notre système désuet en un système qui respecte les enjeux contemporains relatifs à la santé mentale et qui consacre de l'argent aux priorités et résultats provinciaux négociés avec le gouvernement fédéral. Mais, le plus important, c'est qu'on doit mettre en place un cadre qui a du poids et qui tient les provinces responsables de respecter ce qu'elles ont négocié c'est-à-dire aucun changement, aucun résultat, aucune somme d'argent.

Aujourd'hui, je sais que j'en demande beaucoup, et j'ajouterais aussi que c'est ce que je veux immédiatement. Madame Tooton, êtes-vous d'accord avec cela?

Mme Carole Tooton, directrice exécutive, Association canadienne pour la santé mentale, chapitre de la Nouvelle-Écosse : Parfaitement.

Mme Beck : Je sais que nous en avons le pouvoir, c'est certain.

En terminant, je voudrais conclure par une citation qu'a portée à mon attention un collègue que j'apprécie beaucoup, Stan Kutcher, et qui nous vient de l'Organisation mondiale de la santé. Ça va comme suit :

...nous avons les moyens et les connaissances scientifiques requis pour aider les gens qui souffrent de troubles mentaux et cérébraux. Malheureusement, tant les gouvernements que la communauté de la santé publique ont fait preuve de négligence. Par accident ou par dessein, nous sommes tous responsables de cette situation.

Et ça continue comme suit :

(Nous n'avons) pas le choix : il (nous) appartient de veiller à ce que notre génération soit la dernière à laisser la honte et la stigmatisation prendre le pas sur la science et la raison.

Le président : Merci de votre magnifique exposé. Avez-vous une brochure sur votre organisation outre votre exposé? Si oui, pourriez-vous nous en envoyer un exemplaire?

M. George Tomie, animateur du SOS Support Group et membre de la famille d'un bénéficiaire de soins de santé mentale, à titre personnel : Monsieur le président, honorables membres du Comité, j'aimerais vous remercier de m'avoir invité à parler au nom du chapitre de Halifax de Survivors of Suicide.

Feu Jerry Geisler et son épouse, Mary, ont formé ce groupe de soutien en 1999 lorsqu'ils ont constaté qu'il fallait former un groupe de soutien pour aider d'autres personnes après que leur fille s'est suicidée à la suite de plusieurs tentatives manquées. Les Geisler sont partis de New York pour aller s'établir en Nouvelle-Écosse, afin d'être proches de leurs petits-enfants. Arrivés là-bas, ils ont décidé d'aider d'autres personnes à vivre la perte d'un proche qui s'est suicidé. Grâce à leur grande détermination et à leur travail acharné, ils ont fondé le Halifax SOS Group, qui existe toujours aujourd'hui.

Nous devons beaucoup à Jerry et à Mary, qui ont travaillé d'arrache-pied et ont tout donné pour leur cause. Jusqu'ici, il s'agit du seul groupe de soutien des survivants du suicide de la Nouvelle-Écosse. À une époque, il s'agissait du seul groupe de soutien à l'est de Montréal.

I am not only the facilitator of the group, and I am a survivor as well. Volunteers who at one time came to us for support have remained to help others find some peace in their lives following their loss.

We stress that we are not professionals but people who have lost a loved one through the act of suicide. Through our own stories, we help others share their grief and find a path to recovery. The group also offers to go to those who are unable to attend our meetings due to distance or other circumstances. New members contact us and we explain how the support group works, where we meet and how often we get together. We also encourage them to bring someone for support if they choose to do so. Many people are reluctant to come to meetings. They are not comfortable in group settings. In this case, either Mary or I will speak to them on the phone for as long as they want to talk or arrange to meet them at a place of their choice.

The support group maintains a contact list with names, phone numbers and email addresses, and we encourage contact between meetings. We try to convey to them that they are not alone on this journey; they have the love and support of all at the meeting to help them through their grief. I have seen people come to a meeting for the first time so devastated that could not speak, and months later, I have seen the same people laugh for the first time without fear of guilt and shame.

We also provide names of professionals or organizations that can help them as well. The main goal of the group is healing through sharing and support. Survivors are told that the group is not a "quick fix" solution to their situation and that the healing will take time. How long it takes depends on the individual. Some heal quickly, others take longer and there are those who never recover.

Those who never heal are stuck on the question of "why" and can never get past it. They feel hurt, let down by the system and professionals who are in place to help, and they come to the SOS group, not only to vent their frustrations, but to find the support and understanding they need to survive.

People often ask why we call ourselves "survivors" if we are not the ones who attempted suicide and lived. The answer is simple. The dictionary defines the word "survived" to mean not lost, continuing. For those left behind, that is what we do every day. We continue to question the reasons behind suicide and to deal with the hurt and the loss we are left to face.

Non seulement suis-je animateur du groupe, mais je suis également un survivant. Les bénévoles qui sont venus un jour nous demander de l'aide sont restés avec nous et aident aujourd'hui d'autres personnes à trouver la paix après une perte.

Nous insistons pour dire que nous ne sommes pas des professionnels; nous sommes des personnes qui ont perdu un être cher qui s'est suicidé. Par notre propre histoire, nous aidons d'autres personnes à partager leur douleur et à trouver le chemin de la guérison. Le groupe offre également d'aller au devant des personnes qui ne peuvent pas assister à nos réunions en raison de la distance ou d'autres circonstances. Les nouveaux membres communiquent avec nous, et nous leur expliquons le fonctionnement du groupe de soutien, et nous leur disons à quel endroit nous nous réunissons, et à quelle fréquence. Nous les encourageons aussi à se faire accompagner s'ils le souhaitent. Bien des gens hésitent à venir aux réunions. Ils ne sont pas à l'aise en groupe. En pareil cas, Mary ou moi leur parlons au téléphone tant et aussi longtemps qu'ils veulent parler, ou nous nous arrangeons pour les rencontrer à l'endroit de leur choix.

Le groupe d'aide tient à jour une liste de coordonnées contenant le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique des membres. Nous les encourageons à garder contact entre les réunions. Nous essayons de leur faire comprendre qu'ils ne sont pas seuls dans toute cette aventure; ils peuvent compter sur l'amour et le soutien de toutes les personnes qui participent aux réunions, qui peuvent les aider à vivre leur douleur. J'ai vu des gens venir pour la première fois à une réunion et être tellement anéantis qu'ils ne pouvaient pas parler, et, des mois plus tard, j'ai vu ces mêmes personnes rire pour la première fois sans craindre de se sentir coupables ou d'avoir honte.

Nous fournissons également le nom de professionnels ou d'organisations qui peuvent les aider. Le groupe a pour principal objectif d'assurer la guérison par le partage et le soutien. On dit aux survivants que le groupe ne constitue pas une solution « rapide » à leur situation et que la guérison prendra du temps. Mais cela dépend de la personne. Certaines guérissent rapidement, d'autres prennent plus de temps à se rétablir, et d'autres encore ne s'en remettent jamais.

Les personnes qui ne s'en remettent jamais ne peuvent s'empêcher de se demander « pourquoi » et ne peuvent jamais tourner la page. Elles se sentent blessées, abandonnées par le système et les professionnels qui sont là pour les aider, et viennent aux réunions du groupe SOS non seulement pour exprimer leurs frustrations, mais aussi pour trouver le soutien et la compréhension dont elles ont besoin pour survivre.

Souvent, les gens nous demandent pourquoi nous nous qualifions de « survivants » si ce n'est pas nous qui avons essayé de nous suicider mais qui ont survécu. La réponse est simple. Dans le dictionnaire, on définit le mot « survivre » ainsi : qui continue à vivre, qui n'est pas perdu. Pour ceux qui restent, c'est ce que nous faisons chaque jour. Nous continuons de nous demander pourquoi la personne s'est suicidée et de composer avec la douleur et la perte auxquelles nous devons faire face.

In order to understand what suicide is all about, the veil covering this act must be removed. How do we do that? Firstly, we must understand what causes someone to want to complete the act of suicide and, secondly, we must understand that suicide is an action caused by an illness. Society must learn that people who commit the act of suicide often see it as the only solution to an insurmountable problem. Once society understands, then and only then will the veil be lifted and the stigma and myths surrounding this act removed.

The legacy for Canadians should be health and long life. How do we achieve this? We need new disclosure procedures for families, new laws regarding bullying in the schools and better advertisements on depression and violence. We need more programs dealing with depression in public schools through PDR courses, education programs aimed at parents to help them better understand depression and its link to suicide. We need to eliminate the stigma of suicide. We need to develop a directory of services where individuals can obtain help and proper protocol for first responders. Lastly, we need legislation concerning media coverage of suicides.

I want to end with this quote that I saw not too long ago: "The most violent action in society today is ignorance."

The Chairman: Thank you, Mr. Tomie.

Ms. Tooton: Mr. Chairman, I have prepared a presentation that you all should have in front of you, but after listening to the comments made by consumers and family members and then hearing my colleagues I will move beyond my presentation.

I would just like to say that within the package I have given you, I have included the Canadian Mental Health Association's framework for support. The community resource base model was developed back in 1984 as a way in which consumers could be appropriately included in the community. It occurred around the time when deinstitutionalization was happening and we needed a mechanism, a framework for people to re-enter the community. It has since grown into the knowledge resource base model and the personal resource base model and we now frame it as the "three pillars of recovery." It gives an indication that the thinking has changed, the language has changed and we are now talking about recovery, something that is new, but on which we need to focus more attention.

I have also included a discussion paper that CMHA, Nova Scotia division, along with community allies developed around the Mental Health Act that is currently being discussed and debated and I am sure, before this is over, will be a reality here in Nova Scotia.

Pour comprendre ce qu'est le suicide, il faut lever le voile qui couvre cet acte. Comment nous y prenons-nous? Tout d'abord, nous devons comprendre ce qui pousse quelqu'un à vouloir se suicider, et, ensuite, nous devons comprendre que le suicide est une action causée par une maladie. La société doit apprendre que les gens qui se suicident voient souvent cet acte comme la seule solution à un problème insurmontable. Ce n'est que lorsqu'elle aura compris cela que l'on pourra lever le voile et éliminer les stigmates et les mythes qui entourent cet acte.

Les Canadiens devraient hériter de la santé et d'une longue vie. Comment peut-on y arriver? Nous avons besoin de nouvelles procédures de déclaration pour les familles, de nouvelles lois sur l'intimidation à l'école, et de meilleures publicités sur la dépression et la violence. Nous devons mettre en place dans les écoles publiques davantage de programmes qui portent sur la dépression, par l'entremise de cours sur l'épanouissement personnel et les relations interpersonnelles, de programmes d'éducation visant à aider les parents à mieux comprendre la dépression et ses liens avec le suicide. Nous voulons éliminer les stigmates associés au suicide. Nous devons dresser un répertoire de services d'aide et élaborer un protocole approprié pour les premiers intervenants. Enfin, nous devons adopter une loi sur la couverture médiatique des suicides.

Je voudrais terminer par cette citation, que j'ai vue il n'y a pas si longtemps : « L'action la plus violente dans la société, aujourd'hui, c'est l'ignorance. »

Le président : Merci, monsieur Tomie.

Mme Tooton : Monsieur le président, j'ai préparé un exposé que vous devriez tous avoir devant vous, mais après avoir entendu les commentaires de bénéficiaires et de membres de la famille puis de mes collègues, je vais passer mon tour.

J'aimerais dire que, dans le paquet que je vous ai donné, j'ai inclus le cadre de soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale. Le modèle de base des ressources communautaires remonte à 1984. À cette époque, on voulait que les bénéficiaires soient bel et bien inclus dans la collectivité. On l'a élaboré à l'époque de la désinstitutionnalisation, et nous avons besoin d'un mécanisme, d'un cadre pour que les gens réintègrent la collectivité. Depuis, on l'a intégré au modèle de base de ressources du savoir et au modèle de base de ressources personnelles, et nous désignons aujourd'hui le tout comme les « trois piliers de la guérison ». Ça nous donne une indication que les mentalités ont changé, que la terminologie a changé, et nous parlons aujourd'hui de guérison, une nouvelle réalité, mais à laquelle il faut porter plus attention.

J'ai également inclus un document de travail que l'ACSM, chapitre de la Nouvelle-Écosse, a élaboré avec des alliés communautaires. Ce document porte sur la Loi sur la santé mentale, loi dont on discute actuellement et qui, j'en suis certaine, deviendra une réalité, ici, en Nouvelle-Écosse, avant que ce soit terminé.

I have also included the obituary and a letter from a family whose daughter completed the act of suicide a short time ago. They felt that the memory was too fresh for them and they could not bring themselves to make a presentation, but they wanted it passed along, so I have included that as well.

Now, because I am not speaking from my prepared notes, if I go on too long, please just stop me. I was very much stunned this morning by the number of references made to education and the need for education. In my paper, I think I refer to it as "mental health literacy."

CMHA here in Nova Scotia will be celebrating a hundred years in 2008. We preceded our national organization by 10 years. In fact, before mental health clinics were part of the MSI system here in the province, it was CMHAs that actually funded and supported those clinics and, yes, as I say in my paper, actually paid for psychiatrists' salaries. So, we have a history here in the province.

One of the things that CMHA is noted for is its public education and health promotion and prevention programs. As I sat here listening to the number of people speak about the need for more education, I thought, my goodness, here we are. We have wonderful material. Our national organization has been really good at getting funds to do research and support materials. In the past couple of years, we have developed a handbook for daycare centres, and most recently, a high school handbook about mental health and how to recognize the signs and symptoms of depression. We have a guidebook for university students. We have a handbook that employers can use to talk about mental health issues in the workplace, which gives concrete examples on how to accommodate a mental health issue in the workplace.

Everyone in Nova Scotia should know about all these things because we have them all, but guess what? They do not. The reason for this is that we do not have the resources to deliver the material. I was embarrassed to hear that our pamphlets are not at our mental health clinics. We have many of them in our office, but we do not have the funds to distribute them. We have two people that work in our office.

I do not mean to whine about this, but I want to make the point that what is wrong with our system is that we do not acknowledge who does what best and allow them to get on with doing it.

When the mental health services moved into the community from the Nova Scotia Hospital, there was not a lot of acknowledgment of what was already occurring in the community. We compete with psychiatric nurses and social workers who do health promotion and public education. They send us their notices every week and ask us to put them up on our bulletin boards and advertise so that the public can take part in the programs. At the same time, we hear about the waiting lists. Is

J'ai également inclus l'article nécrologique et une lettre d'une famille dont la fille s'est suicidée il y a quelque temps. La douleur de la famille était trop vive pour qu'elle vienne ici présenter son témoignage. Cependant, elle voulait que je vous raconte son histoire, et c'est pourquoi je l'ai aussi incluse.

Par ailleurs, comme je ne regarde pas mes notes, si c'est trop long, arrêtez-moi. Ce matin, j'ai été renversée par le nombre de fois où on a fait allusion à l'éducation et au besoin d'éducation. Dans mon document, je crois que j'appelle ça « mental health literacy », soit « connaissances en santé mentale ».

Le chapitre de la Nouvelle-Écosse de l'ACSM célébrera son centenaire en 2008. Nous avons été créés dix ans avant notre organisation nationale. En fait, avant que les cliniques de santé mentale fassent partie du Régime d'assurance médicale de la province, c'était les chapitres de l'ACSM qui les finançaient et les soutenaient, et, oui, comme je le dis dans mon document, payaient les salaires des psychiatres. Donc, nous avons une histoire, ici, dans la province.

L'ACSM est connue entre autres pour ses programmes de prévention et de promotion de la santé et de l'éducation du public. Pendant que j'écoutais les gens parler de la nécessité d'éduquer davantage les gens, j'ai pensé : « Oh mon Dieu, nous sommes arrivés. » Nous avons du matériel fantastique. Notre organisation nationale a toujours réussi à obtenir des fonds pour faire de la recherche et soutenir le matériel. Au cours des dernières années, nous avons élaboré un manuel pour les centres de la petite enfance, et, plus récemment, un manuel à l'intention des écoles secondaires portant sur la santé mentale et la façon de reconnaître les signes et symptômes de la dépression. Nous avons un guide pour les étudiants à l'université. Nous avons un manuel que les employeurs peuvent utiliser pour parler des problèmes de santé mentale en milieu de travail, et dans lequel on donne des exemples concrets de la façon dont on peut s'adapter à un problème de santé mentale en milieu de travail.

Tout le monde en Nouvelle-Écosse devrait être au courant de toutes ces choses, parce qu'elles sont toutes présentes. Mais devinez quoi? Ce n'est pas le cas. La raison, c'est que nous n'avons pas les ressources nécessaires pour diffuser le matériel. J'ai été embarrassée lorsque j'ai entendu dire que nos brochures ne sont pas dans nos cliniques de santé mentale. Nous en avons beaucoup dans notre bureau, mais nous n'avons pas les fonds nécessaires pour les distribuer. Deux personnes travaillent dans notre bureau.

Je ne veux pas me plaindre, mais je veux vous faire comprendre que ce qui ne va pas dans notre système, c'est que nous ne reconnaissons pas les personnes qui font le mieux leur travail et ne leur permettons pas de le faire.

Lorsque les services de santé mentale de l'hôpital de la Nouvelle-Écosse ont été établis dans la collectivité, on ne savait pas vraiment ce qui se passait déjà dans la collectivité. Nous sommes en concurrence avec le personnel infirmier en psychiatrie et les travailleurs sociaux, qui assurent la promotion de la santé et l'éducation du public. Ils nous envoient chaque semaine leurs avis, et ils nous demandent de les afficher sur nos babillards, et de les annoncer pour que le public participe aux programmes. En même

there not something that could be done differently? Could we not realign our resources? Could we not collaborate in a partnership to deliver information?

In the Kirby report, there was a reference to NGOs and the number of NGOs in the community. How can we encourage these organizations to work more closely?

Ten years ago, when I first started working with CMHA I learned that the only way we could get our message out was to work in collaboration and partnership with other organizations. I have worked with organizations that deal in cross-disabilities. It is amazing how you can sit around the table with many organizations that are dealing with physical disorders and you have to remind them, as we heard earlier today, about the kinds of accommodations and work strategies that you need in place for people with mental health issues.

I think the various components of the system, and by this I mean the formal and the informal, need to come together and solve their own issues before we can move on in improving the quality of care for individuals who access those services.

Before talking about legislation, I want to address the issue of discrimination. It is not so easy to define the word "stigma," but we can relate to what "discrimination" means and understand that it is not right. We are not just looking at discrimination as it affects individuals, but we are looking at how it affects the system.

Why is it that here in Nova Scotia, less than 4 per cent of the health care budget goes into the delivery of mental health services? I cannot help but think that there is a level of discrimination associated with that percentage.

The fundamental health care system in Nova Scotia, the minister was very pleased to announce two weeks ago, received an increase of \$2 million each year for the next two years. It may sound like a lot of money. I was reading the paper the next day and saw the wonderful new MRI machine at the Victoria General Hospital that cost \$3.4 million. When you put it in perspective, I question the importance of mental health and mental illness.

I want to discuss the topic of suicide prevention. I think it is a trend across the country that suicide falls under the category of "injury prevention." What is worrisome to me is that it once it is in that category the system forgets about it.

We have a campaign with big billboards and TV advertisements talking about preventing injuries in the workplace. The billboard on Barrington Street says that there are 70,000 work-related injuries in Nova Scotia each year. If we

temps, on parle des listes d'attente. Est-ce qu'on ne devrait pas faire quelque chose différemment? Ne pourrions-nous pas réharmoniser nos ressources? Ne pourrions-nous pas collaborer dans le cadre d'un partenariat pour fournir de l'information?

Dans le rapport Kirby, on a fait allusion aux ONG et au nombre de ces organismes qui sont dans la collectivité. Comment pouvons-nous encourager ces organisations à travailler davantage en collaboration?

Il y a dix ans, lorsque j'ai commencé à travailler avec l'ACSM, j'ai appris que la seule façon dont nous pouvions faire passer notre message, c'était de travailler en collaboration et en partenariat avec d'autres organisations. J'ai travaillé avec des organisations qui s'occupent de personnes souffrant de handicaps associés. C'est ahurissant de voir que, lorsqu'on discute avec les responsables de nombreuses organisations qui se consacrent à des troubles physiques, il faut leur rappeler, comme on l'a déjà dit plus tôt aujourd'hui, le genre de mesures d'adaptation et de stratégies de travail qu'il faut mettre en place pour aider les gens aux prises avec un problème de santé mentale.

Je crois que les diverses composantes du système, et par cela, j'entends le système officiel et le système officieux, doivent se réunir et régler leurs propres problèmes avant que nous puissions prendre des mesures pour améliorer la qualité des soins offerts aux personnes qui accèdent à ces services.

Avant de parler de la loi, je veux aborder la question de la discrimination. Ce n'est pas si facile de définir le mot « stigmatisation » mais nous pouvons nous reporter à la signification du mot « discrimination » et comprendre que ce n'est pas bien. Nous ne faisons pas seulement qu'examiner la discrimination parce qu'elle affecte les gens; nous examinons la façon dont elle nuit au système.

Pourquoi est-ce que ici, en Nouvelle-Écosse, moins de 4 p. 100 du budget des soins de santé sont réservés à la prestation de services de santé mentale? Je ne peux m'empêcher de penser qu'une certaine discrimination est associée à ce pourcentage.

Il y a deux ans, le Ministre était très heureux d'annoncer que le système fondamental de soins de santé recevrait une augmentation de deux millions de dollars chaque année, pendant les deux années suivantes. Ça peut sembler beaucoup d'argent. Le lendemain, je lisais les journaux et j'ai vu la merveilleuse nouvelle machine d'IRM de l'hôpital général de Victoria, qui avait coûté 3,4 millions de dollars. Lorsqu'on met tout ça en perspective, on en vient à douter de l'importance qu'on accorde à la santé mentale et à la maladie mentale.

Je veux parler de la prévention du suicide. Je crois que, d'un bout à l'autre du pays, on a tendance à mettre le suicide dans la catégorie de la « prévention des blessures ». Ce qui m'inquiète, c'est que, une fois qu'il se trouve dans cette catégorie, le système l'oublie.

Nous avons lancé une campagne, dans laquelle nous avons installé de grands panneaux publicitaires et diffusé des publicités à la télévision au sujet de la prévention des accidents de travail. Le panneau publicitaire sur la rue Barrington indique qu'il y a

believe the statistics, mental illness will affect over 250,000 people in our province. We do not have a campaign for that problem which is four times worse than on-the-job injuries.

We are the last province in Canada to introduce a mental health act although the process started a good number of years ago. In the fall session of the legislature, we introduced Bill 109. Our division office and two or three other community agencies and a handful of dedicated people who have been fighting this issue longer than I have were really, really hopeful that this government would build on what has happened across the country and seize the moment and put forward a truly progressive mental health act.

The name itself must conjure up some notion of what should be in that act. It should not be an act that speaks solely to the involuntary treatment of mental health consumers. The legislation needs to include the notion of health promotion and prevention and the elimination of discrimination. We need to include that people require after care, not just with medication, but also with employment, proper housing and adequate incomes.

You have heard this before; if the legislation does not direct how the services and support will flow, then it will not happen.

I think it has come down to the fact that any mental health act is better than no mental health act, so we will take what we can get for the moment. We see that as another challenge for us in our ongoing fight because this will have a huge impact on the individuals who access services.

Someone earlier today mentioned research. In a world where all our decisions are supposed to be based on best practice, research is required. Our division office is still referring to research done in the mid-1980s when there was money available to do research. The researchers asked mental health consumers what they needed to stay well in the communities, not what they needed when they were ill. Their answers, simply put, "A house, a home, a friend." We need to look at the consumers' perspective.

Some of the research funders insist that there needs to be a collaborative approach to research. It cannot simply be the scientist or the physician leading the research, but collaboration with community partners and consumers. The funders mandate the research, and we get many requests for letters of support after the fact to verify that at least there has been some connection to the community. We need to be part of the process from the very beginning. We need to come together to discuss what kinds of research opportunities are important to the community because I think there is a real need for more community support and more consumer directed research.

chaque année en Nouvelle-Écosse 70 000 accidents de travail. Si nous croyons les statistiques, la maladie mentale touchera plus de 250 000 personnes dans notre province. Nous n'avons pas de campagne d'information sur ce problème, qui est quatre fois pire que les accidents de travail.

Nous avons été la dernière province au Canada à adopter une loi sur la santé mentale, même si le processus a été enclenché il y a longtemps. Au cours de la session d'automne de la législature, nous avons déposé le projet de loi 109. Notre bureau de chapitre et deux ou trois organismes communautaires et une poignée de personnes dévouées qui défendent cette cause depuis plus longtemps que moi espéraient vraiment que le gouvernement aurait misé sur ce qui s'était passé dans le pays, aurait profité du moment et aurait déposé une loi sur la santé mentale vraiment progressiste.

Le nom lui-même évoque les grandes lignes de ce qui devrait se trouver dans cette loi. Ça ne devrait pas être une loi qui porte uniquement sur le traitement non volontaire des clients en santé mentale. On doit inclure dans la loi les concepts de promotion de la santé, de prévention et de l'élimination de la discrimination. Nous devons y préciser que les gens ont besoin de mesures de soutien après le traitement, non seulement par des médicaments, mais également sur le plan de l'emploi, du logement convenable et du revenu adéquat.

Mais ce n'est pas la première fois que vous entendez cela; si la loi ne précise pas la façon dont on structurera les services et le soutien, il n'y en aura pas.

Je crois qu'on en est réduit à penser que n'importe quelle loi sur la santé mentale, c'est mieux que pas de loi du tout. Donc, on va prendre ce qu'on nous offre pour l'instant. Nous considérons que c'est un autre défi que nous devons relever dans notre lutte continue, parce que cela aura un énorme impact sur les personnes qui accèdent aux services.

Plus tôt aujourd'hui, quelqu'un a mentionné la recherche. Dans un monde où toutes nos décisions sont censées se fonder sur des pratiques exemplaires, il faut effectuer des recherches. Notre bureau de chapitre consulte encore des recherches effectuées au milieu des années 80, à une époque où on avait de l'argent pour faire des recherches. Les chercheurs ont demandé à des bénéficiaires de soins de santé mentale ce dont ils avaient besoin pour bien se porter dans les collectivités, et non pas ce dont ils avaient besoin lorsqu'ils étaient malades. En gros, ils ont répondu : « Un toit, un foyer, un ami ». Nous devons tenir compte du point de vue des bénéficiaires.

Certains organismes subventionnaires des recherches insistent pour dire qu'on doit adopter une approche de collaboration à l'égard de la recherche. Ce ne peut pas être simplement les scientifiques ou les médecins qui dirigent les recherches. Ils doivent collaborer avec les partenaires communautaires et des bénéficiaires. Les bailleurs de fonds commandent la recherche, et nous recevons, après-coup, beaucoup de demandes de lettres ou de soutien pour vérifier qu'il y a au moins un certain lien avec les collectivités. Nous devons participer au processus dès le tout début. Nous devons nous rassembler pour discuter du genre de possibilités de recherche qui sont importantes pour les

You probably do not understand how long some of us have been waiting for this opportunity and why I struggled so much to put down on paper what I wanted to say because there is just so much that needs to be said.

I have worked at the local level with individuals who are senior mental health consumers and I identify with the needs that they have. Since I have been at our division office, I have seen a completely new group of individuals that are virtually unaccounted for within our system and seldom addressed. These individuals are desperately trying to do it on their own, and they are just looking for a little bit of support.

A young man called me and said that although he cannot work in his chosen field because of stress, that he has a job painting houses. This man has a M.A. in Education but is gainfully employed painting houses outdoors in the summer and indoors in the winter. His inquiry was whether we could help him with his stress medication that costs over \$500 per month. You see, his employer does not offer group insurance coverage, and the monthly expense for his medication is prohibitive on his salary.

I would have loved to have been able to say, "You called the right place because, yes, this where you come to get that type of assistance." However, that is not the case here in Nova Scotia. I think what we have done is over served some people and underserved others. We need to sort this situation out because people are falling through the cracks.

I would just like to finish with three words: resilience, hope and recovery. I believe the resilience of individuals has helped them to survive and move on despite the system. There is hope, and if we did not think there was hope, we would not be here. There is recovery. For example, I worked with Roy when he was going through some very bad times and I know the value of what he did this morning. It is a win-win situation. People learn and people recover through opportunities to share.

The Chairman: Thanks to all of you. You have touched on some of the issues that are of concern to us. Ms. Tooton, you spoke of two issues that Ms. Beck also raised indirectly. You said it was important for organizations, "to solve their own issues first," given the multitude of organizations.

One of the things that we are wrestling with is trying to figure out where to go from here and you heard witnesses this morning talking about the difficulty of navigating the complexities of the system. One of the reasons it is so complex is that there are so many organizations.

collectivités, parce que, selon moi, on a vraiment besoin d'un plus grand soutien communautaire et de davantage de recherches dirigées par les bénéficiaires.

Vous ne savez probablement pas depuis combien de temps certains d'entre nous attendent cette occasion ni pourquoi je me suis tellement battue pour écrire ce que je voulais dire parce qu'il y a tant à dire.

J'ai travaillé à l'échelle locale avec des personnes âgées qui reçoivent des soins de santé mentale, et je m'identifie à leurs besoins. Depuis que je travaille à votre bureau de chapitre, j'ai vu un tout nouveau groupe de personnes qui est pratiquement oublié par notre système et dont on s'occupe rarement. Ces personnes essaient désespérément de se soigner elles-mêmes, et elles ont juste besoin d'un peu de soutien.

Un jeune homme m'a téléphoné pour me dire que, même s'il ne peut travailler dans son domaine d'intérêt à cause du stress que cela suppose, il a un travail qui consiste à peindre les maisons. Cet homme détient une maîtrise en éducation, mais il gagne bien sa vie à peindre l'extérieur de maisons en été, et l'intérieur en hiver. Il me demandait si nous pouvions l'aider à payer ses médicaments contre le stress, qui coûtent plus de 500 \$ par mois. Voyez-vous, son employeur n'offre pas d'assurance collective, et le coût mensuel de ces médicaments ronge une bonne partie de son salaire.

J'aurais bien aimé pouvoir lui dire : « Vous avez téléphoné au bon endroit parce que, oui, c'est ici que vous devez vous adresser pour obtenir ce type d'aide. » Cependant, ce n'est pas le cas, ici, en Nouvelle-Écosse. Je crois que ce que nous avons fait, c'est dispenser trop de services à certaines personnes, et ne pas en avoir offert suffisamment à d'autres. Nous devons corriger cette situation, parce que les gens se perdent dans les failles du système.

J'aimerais terminer par trois mots : résilience, espoir et rétablissement. Je crois que c'est grâce à leur capacité de résilience que les gens ont pu survivre et avancer malgré le système. Il y a de l'espoir, et si nous n'y croyions pas, nous ne serions pas ici. Le rétablissement est possible. Par exemple, j'ai travaillé avec Roy lorsqu'il traversait une mauvaise période, et je sais à quel point ce qu'il a fait ce matin est important. C'est une situation où tout le monde gagne. Les gens apprennent et les gens se remettent parce qu'ils ont la possibilité de faire part de leur expérience.

Le président : Merci à chacun d'entre vous. Vous avez abordé certains des enjeux qui nous préoccupent. Madame Tooton, vous avez parlé de deux problèmes auxquels Mme Beck a fait allusion indirectement. Vous avez dit qu'il était important que les organisations « règlent d'abord leurs propres problèmes », étant donné qu'elles sont nombreuses.

Ce qui nous freine, entre autres, c'est que nous essayons de déterminer ce que nous pouvons faire à partir de là. Ce matin, vous avez entendu des témoins parler de la difficulté qu'on a à se retrouver dans le dédale du système. L'une des raisons pour lesquelles il est si complexe, c'est qu'il y a beaucoup d'organisations.

How does one deal with the fact that all the organizations are autonomous and have their own mandates?

Trying to get organizations under one roof in terms of working together is always difficult to accomplish. We are stuck with the problem that what we have now is a non-system. One of Ms. Beck's examples was a woman with three caseworkers, all of whom have different agendas.

How do we ultimately, either by persuasion or brute force, turn what is not a system into a system by effectively getting or forcing cooperation on the ground?

It has to be at the community level. It has to be done at the level where you people work.

Ms. Tooton: I think it is happening at the community level and where we run into obstacles is when we try to interface with the various systems. I have given you an example about a wonderful initiative that I have been involved with since 2002. This opportunity for consumers to live in housing facilities allows them to build equity, and save money while they are living in this housing facility. That came about because there was cooperation among community organizations and the private sector. We brought in consultants and architects to help us with this program. Since the inception of this initiative, we have acquired some federal and provincial funding, and now there is a bit of money to raise community support. I do not think we can wait for systems. I think that we need to come together and make it happen and prove through example that it can be done.

The Chairman: You may have a particular group of people that are able to accomplish that goal, but generally, that kind of cooperation requires extraordinary leadership and it is often very difficult to find. We would like to get a system in place that produces action that is not so totally dependent on being fortunate enough to have the right people in the right place.

Ms. Tooton: Well, I am going to take it from a little different angle.

I do not think that we have an abundance of organizations that can support people, but I believe we need to have a variety of resources available to allow individuals to have the opportunities to choose what they need to help them move on in their road to recovery. I do not think we can expect there to be one fix for everybody.

The Chairman: I agree with you, and this takes me over to Ms. Beck. We are now into the problem of navigating the system that people talked about this morning. It seems to me and I may be wrong, but what you need is a single caseworker. I mean, in fairness to the people who suffer from a mental illness, you have to have someone who can help them through the system. I

Comment pouvons-nous faire pour composer avec le fait que toutes les organisations sont autonomes et ont leurs propres mandats?

Il est toujours difficile de regrouper des organisations sous un même toit afin qu'elles travaillent ensemble. Nous sommes pris avec un problème : ce que nous avons aujourd'hui, c'est un anti-système. Mme Beck a donné l'exemple d'une femme qui avait trois agents de gestion des cas, lesquels avaient tous des intérêts différents.

En fin de compte, comment nous y prenons-nous, par la persuasion ou par la force, pour transformer un système qui n'en est pas un en un véritable système, en incitant ou en forçant les intervenants à coopérer?

On doit le faire à l'échelle de la collectivité. On doit le faire là où vous travaillez.

Mme Tooton : Je crois qu'on le fait à l'échelle de la collectivité, et que, lorsqu'on se bute à des obstacles, c'est que nous essayons de nous connecter avec les divers systèmes. Je vous ai donné l'exemple d'une merveilleuse initiative à laquelle je participe depuis 2002. Comme ils ont la possibilité de vivre dans un logement adapté, les bénéficiaires peuvent se bâtir un actif, et économiser de l'argent pendant qu'ils vivent dans ce logement. Ce programme a été rendu possible grâce à la collaboration d'organisations communautaires et du secteur privé. Nous avons fait appel à des experts-conseils et à des architectes pour nous aider à le mettre sur pied. Depuis la création de cette initiative, nous avons obtenu du financement du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial, et aujourd'hui, on a un peu d'argent pour inciter la collectivité à nous soutenir. Je ne pense pas que nous pouvons attendre que les systèmes nous aident. Je crois que nous devons nous regrouper et agir, et prouver, par l'exemple, qu'on peut le faire.

Le président : Vous pouvez peut-être compter sur un groupe de personnes en particulier qui peut accomplir cet objectif, mais, en général, ce genre de collaboration exige un leadership extraordinaire, et c'est souvent très difficile à trouver. Nous aimerions mettre en place un système dont les actions ne dépendraient pas entièrement de la chance d'avoir les bonnes personnes au bon endroit.

Mme Tooton : Eh bien, je vais vous présenter la question d'un angle légèrement différent.

Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'organisations qui peuvent soutenir les gens, mais je crois que nous devons disposer de diverses ressources pour permettre aux gens de choisir ce dont ils ont besoin pour s'engager dans le chemin de la guérison. Je ne pense pas que nous pouvons nous attendre à ce qu'il y ait une solution pour tout le monde.

Le président : Je suis d'accord avec vous, et cela me ramène à ce que disait Mme Beck. Nous abordons maintenant le problème de la navigation dans le système dont certaines personnes ont parlé ce matin. Il me semble, et j'ai peut-être tort, que ce dont vous avez besoin, c'est d'un seul agent de gestion des cas. Je veux dire, pour être juste envers les personnes qui souffrent d'une maladie

understand your argument fully, but the other side of the coin is it would be better to have someone who can help them navigate their way through the system.

Right now, they get lost in a system that has so many players that they cannot possibly find their way through.

Ms. Tooton: I think the Cancer Society answered that question here in Nova Scotia. They actually have navigators that help people navigate the system. I am not sure when they meet the consumers, perhaps when they are identified by their physicians or when they are in hospital, but they actually have people, perhaps volunteers, who assume that role. When Roy Muise talked about peer support this morning, I see that as an excellent area where peer support could occur.

Ms. Beck: It is a complicated situation and I do not think that there is any easy answer. I think there is fierce competition among small community organizations and they are fighting against each other for very few dollars. That political scene does not allow them to work together closely because there are just not enough funds to do it. It might mean that I will get funds that Mr. Tomie will not and that creates a political dynamic where it might become impossible for us to work together.

I think the biggest challenge is that the formal system and the community system are mindsets that are canyons apart in terms of how they think, act, and feel in the mental health field.

I come from a community development background and I interface with a system that focuses on acute care, disability, hardship, and control, without an emphasis on health promotion and the philosophy of recovery. People in the system need to hear about health promotion and recovery. The obstacles develop when that sector tries to work with the formal system.

In terms of this cooperative concept, we have recently completed an extensive strategic planning process here in the capital district, which includes over 500 shareholders across all sectors, including the corporate sector. One of the initiatives for which we hope to get funding from the provincial government is a navigator, a person who is living with the illness and who is capable of providing that navigation for another person who is involved in the system. Thus, it not only solves the problem, but also creates jobs for a whole host of people who we know are employable, but are currently unemployed.

Mr. Tomie: Well, our group is more of a volunteer support group, so we are not looking for funding. What we are looking for is changes in the system so that people know we are available.

mentale, il faut que quelqu'un puisse les aider à se retrouver dans le système. Je comprends parfaitement votre argument, mais l'autre côté de la médaille, c'est que ce serait préférable que quelqu'un puisse les aider à se frayer un chemin dans le système.

Pour l'instant, elles se perdent dans un système qui compte tellement d'intervenants qu'elles n'ont aucun moyen de s'y retrouver.

Mme Tooton : Je crois que la Société pour la lutte contre le cancer a répondu à cette question, ici, en Nouvelle-Écosse. En fait, elle compte des guides qui aident les gens à se retrouver dans le système. Je ne sais pas vraiment où elle entre en contact avec les bénéficiaires, peut-être lorsqu'ils sont identifiés par leur médecin, ou lorsqu'ils sont à l'hôpital, mais elle a vraiment des gens, peut-être des bénévoles, qui jouent ce rôle. Lorsque Roy Muise a parlé du soutien par les pairs ce matin, je considère qu'il s'agit du domaine par excellence où l'on pourrait mettre en place des mécanismes de soutien par les pairs.

Mme Beck : C'est une situation compliquée, et je ne pense pas qu'il y ait une solution facile. Je crois que les petits organismes communautaires se livrent une concurrence féroce, et ils se disputent chaque dollar offert. La conjoncture politique ne leur permet pas de travailler en étroite collaboration parce qu'ils n'ont tout simplement pas suffisamment de fonds pour le faire. Je pourrais ramasser les fonds que M. Tomie n'obtiendra pas, et cela crée une dynamique politique dans laquelle il pourrait devenir impossible pour nous de travailler ensemble.

Je crois que le plus gros défi qui se présente à nous, c'est que les membres du système officiel ont une mentalité qui est aux antipodes de celle des membres du système communautaire, et que cela influe sur leurs pensées, leurs actes et leurs perceptions dans le domaine de la santé mentale.

J'œuvre dans le secteur du développement communautaire. Je fais affaire avec un système qui met l'accent sur les soins actifs, l'invalidité, les préjugés et le contrôle, sans mettre en valeur la promotion de la santé et la philosophie du rétablissement. Les gens qui font partie du système doivent entendre parler de promotion de la santé et de rétablissement. Lorsque ces secteurs essaient de travailler avec le système officiel, ils se butent à des obstacles.

En ce qui concerne ce concept de collaboration, nous avons récemment terminé un vaste processus de planification stratégique ici, dans le district de la capitale, qui comprend plus de 500 intervenants de tous les secteurs, y compris du secteur privé. L'une des initiatives pour lesquelles nous espérons obtenir du financement du gouvernement provincial est la formation d'un guide, une personne qui vit avec la maladie et qui peut guider une autre personne dans le système. Ainsi, non seulement cela règle le problème, mais ça crée également des emplois pour une foule de personnes que nous savons être employables, mais qui sont actuellement sans emploi.

M. Tomie : Eh bien, notre groupe est davantage un groupe de soutien bénévole, et c'est pourquoi nous ne voulons pas de financement. Ce que nous voulons, c'est qu'on apporte des

Ms. Beck and Ms. Tooton are correct that there are many organizations trying to provide the same service.

In our group, Mary Geisler and I act as the navigators. We are the people that tell a consumer that the group is appropriate or if the consumer should go to the Schizophrenia Society, for instance. We navigate survivors if bipolar disorder or other forms of mental illness caused a death.

The Chairman: Mr. Tomie, you would support the navigator concept.

Mr. Tomie: Oh, yes, we need to have that service.

Senator Cordy: I want to thank you all for coming and helping us develop our report because, above all, we want to be practical and draft a report that does not just sit on a shelf.

Mr. Tomie, you talked about legislation regarding media coverage of suicide.

What can the media do to try to reduce the stigma or discrimination that is certainly rampant for those suffering from mental illness?

Mr. Tomie: I can only speak from my personal opinion and from my situation. The media loves to sensationalize the story.

When we approach the media to do something other than sensationalize a story, they tell us to go to blazes because that is not what sells newspapers. That is what the president of CBC told me. I called CBC because in the course of a television program regarding suicide, they had used my son's picture and that of another boy who died the month before, without permission, suggesting there was a connection between the deaths because they were best friends. I think they need to have the permission of parents or the loved ones in order to televise those pictures.

They should also be very careful about what they print because what they put in print has an enormous influence on readers. If we have teenagers that are walking a fine line between life and death, this could have an impact on what they choose to do.

I know Ms. Beck and Ms. Tooton will agree with me that the terminology surrounding suicide is so outdated it is not even funny. People still use the words "committed suicide." You cannot commit suicide. You can commit robbery, you can commit abuse, but you cannot commit suicide. You can complete the act of suicide.

We need more education and I think the newspapers and the media in general should educate the public. They should present the story, but do it in a positive rather than destructive light.

changements au système de façon que les gens sachent que nous sommes là. Mme Bech et Mme Tooton ont raison lorsqu'elles disent que beaucoup d'organisations essaient d'offrir le même service.

Dans notre groupe, Mary Geisler et moi-même sommes les guides. C'est nous qui disons à un bénéficiaire que le groupe peut les aider ou qu'il devrait s'adresser à la Société de schizophrénie, par exemple. Nous guidons les survivants lorsqu'un trouble bipolaire ou une autre forme de maladie mentale a causé un décès.

Le président : Monsieur Tomie, vous appuieriez le concept de guides.

M. Tomie : Oh, oui, nous avons besoin d'un tel service.

Le sénateur Cordy : Je veux remercier chacun d'entre vous d'être venu et de nous aider à élaborer notre rapport parce que nous voulons d'abord et avant tout être utiles et rédiger un rapport qui n'ira pas dormir sur une tablette.

Monsieur Tomie, vous avez parlé de la législation qui porte sur la couverture médiatique du suicide.

Qu'est-ce que les médias peuvent faire pour essayer de réduire la stigmatisation ou la discrimination dont sont vraisemblablement victimes les personnes qui souffrent d'une maladie mentale?

M. Tomie : Je ne peux parler que d'après mon opinion personnelle et ma situation. Les médias adorent le sensationnalisme.

Lorsque nous demandons aux médias de ne pas donner dans le sensationnalisme, ils nous disent d'aller au diable parce que ce n'est pas ça qui fait vendre des journaux. C'est ce que le président de la SRC m'a dit. J'ai téléphoné à la SRC parce que, au cours d'une émission télévisée concernant le suicide, on a utilisé la photo de mon fils et celle d'un autre garçon qui était mort le mois précédent, sans ma permission, et qu'on avait laissé entendre qu'il y avait un lien entre les deux décès parce que les deux garçons étaient de très bons amis. Je crois qu'ils doivent obtenir la permission des parents ou des êtres chers pour diffuser ces photos à la télévision.

De plus, ils devraient faire très attention à ce qu'ils impriment, parce que cela a une énorme influence sur les lecteurs. Si des adolescents oscillent entre la vie et la mort, cela pourrait avoir un impact sur ce qu'ils choisissent de faire.

Je sais que Mme Beck et Mme Tooton seront d'accord avec moi pour dire que la terminologie entourant le suicide est tellement dépassée que ce n'est même plus drôle. Les gens continuent de dire, en anglais, « committed suicide », comme si on pouvait commettre un suicide. On ne peut pas commettre un suicide. On peut commettre un vol, on peut commettre une agression, mais on ne peut pas commettre un suicide. Mais on peut dire qu'on se suicide.

Nous devons sensibiliser davantage le public, et je crois que cette tâche revient aux journaux et aux médias en général. Ils devraient présenter l'histoire, mais sous un jour positif plutôt que destructeur.

Senator Cordy: How can we legislate this? It seems that we should not have to legislate it, but I understand exactly what you are saying because you look at some of the pictures that are in the paper and you just think, "If I were a family member, how would I react?"

Mr. Tomie: I guess it is going to come down to getting together with the media and setting rules. Maybe "legislation" was the wrong term, but there should be rules and guidelines that they need to follow as well. I do not think that putting somebody's picture on the five o'clock news is acceptable, especially for the parents.

Senator Cordy: I agree.

Mr. Tomie: I know what it did to the other father who also lost his son. The poor man did not get off the couch for a month. Now, to see his son's picture on television, what do you think it is going to do to him?

I do not think they are playing fair ball. Let us put it that way, they are out to sell papers and that is their only concern. There is no damage control afterwards and I think that is what we need.

Senator Cordy: I agree with you.

Ms. Tooton: We engaged in an interesting research project last year. We ran it as a lottery for six months and we encouraged Nova Scotians to send in articles or stories or even advertisements that they heard on radio or TV that they thought were disrespectful of mental health and mental illness issues or suicide. Well, the first three weeks were terrible because the media do not take kindly to criticism. We got calls from all over Canada and even from as far as Ohio interested in this initiative. At the end of the six months, we drew the prizes, people won and we are now in the process of establishing meetings with the editorial boards to discuss these issues and to solicit the cooperation of the press in developing guidelines.

I mean, we have media guidelines now. This is not the first time we have been through this process, but we are hopeful that if we engage the press and ask for their input and collaboration, we may get more of a buy-in in this way.

One of the things we have learned through the initiative is that the reporter may want to give a good report, but he does not develop the headline, and so often, the headlines become the sensational part of the piece.

Senator Cordy: Your initiative had both positive and negative feedback. Do you feel you gained valuable information from the lottery?

Ms. Tooton: Yes, and we are going to continue monitoring the media because even though they were good for those six months there is evidence of slippage now.

Le sénateur Cordy : Comment pouvons-nous légiférer dans ce domaine? Il semble que nous ne devrions pas avoir à adopter une loi à ce sujet, mais je comprends exactement ce que vous dites, parce que vous regardez certaines photos dans les journaux, et vous vous dites : « si j'étais un membre de la famille, comment est-ce que je réagisrais? »

M. Tomie : J'imagine qu'il va falloir rencontrer les médias et fixer des règles. Le mot « loi » n'est peut-être pas le bon, mais ils devraient aussi suivre des règles et des lignes directrices. Je ne crois pas qu'il soit acceptable de montrer la photo de quelqu'un au bulletin de nouvelles de 17 heures, surtout pour les parents.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous.

M. Tomie : Je sais ce que ça a fait à l'autre père qui a aussi perdu son fils. Le pauvre homme est resté sur son sofa pendant un mois. Maintenant, que pensez-vous que ça va lui faire de voir la photo de son fils à la télévision?

Je ne pense pas qu'ils jouent franc jeu. Disons-le franchement : ils sont là pour vendre des journaux, et c'est tout ce qui les intéresse. Ils ne recollent pas les pots cassés, et je crois que c'est ce qu'il faut faire.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous.

Mme Tooton : L'an dernier, nous avons participé à un projet de recherche intéressant. Nous avons fait une loterie pendant six mois, et nous avons encouragé les Néo-Écossais à nous envoyer des articles, des histoires, ou même des publicités qu'ils avaient entendues à la radio ou à la télévision et qui, selon eux, manquaient de respect à l'égard de la santé mentale, des problèmes de santé mentale ou du suicide. Eh bien, les trois premières semaines ont été terribles parce que les médias ne réagissent pas bien à la critique. Nous avons eu des appels de personnes de toutes les régions du Canada, et même d'aussi loin que l'Ohio, qui s'intéressaient à cette initiative. Au terme des six mois, nous avons procédé à un tirage, les gens ont gagné des prix, et nous en sommes actuellement à organiser des rencontres avec les comités de rédaction pour discuter de ces problèmes et obtenir la collaboration de la presse pour ce qui est de l'élaboration de lignes directrices.

Je veux dire, nous avons maintenant des lignes directrices médiatiques. Ce n'est pas la première fois que nous faisons tout cela, mais nous espérons que, si nous mobilisons la presse et lui demandons ses commentaires et sa collaboration, nous l'amènerons plus facilement à adopter nos idées.

L'une des choses que nous avons apprises au cours de l'initiative, c'est que le journaliste peut vouloir donner un bon compte rendu, mais ce n'est pas lui qui trouve le titre, et donc, souvent, c'est le titre qui donne dans le sensationnalisme.

Le sénateur Cordy : Votre initiative a suscité des commentaires aussi bien positifs que négatifs. Estimez-vous avoir recueilli de l'information précieuse en faisant cette loterie?

Mme Tooton : Oui, et nous allons continuer de surveiller les médias parce que, même s'ils se sont bien tenus pendant ces six mois, on constate qu'il y a eu depuis quelques dérapages.

Senator Cordy: Sometimes the feedback in the media whether positive or not at least brings the story to the attention of the public.

My next question concerns accountability. As the chair said, we are in a juggling act between the provinces and the federal government. It is difficult to ensure that the provinces spend federal dollars wisely.

My question is should federal government funding be targeted funding for the areas of mental health and mental illness or wellness?

Ms. Tooton: Yes.

Ms. Beck: Yes, absolutely. You know how a health care system works and that acute care requires big dollars to operate. Money comes in to the districts that have a host of programs, and any new money that comes in goes to programs that are in deficit funding. The small programs do not have the million-dollar budgets.

Our programs will not see any on the \$4 million over four years of federally funded money for Nova Scotia. We will not see a penny of that money. Nothing will go toward changing our antiquated acute care system that contributes to our problems in mental health care.

I would like to see an accountability framework identified together with the province and that the province is accountable to deliver. If they do not deliver, then they would not get the funding.

Senator Cordy: If the money is not coming to Halifax Regional Municipality, what is happening in Cape Breton, Guysborough, and Yarmouth? Are there programs in the rural areas?

Ms. Beck: Yes, but the money would come into the provincial government and then the government would distribute to the districts, but there would be strings attached. Is there anyone from the government here today?

Senator Cordy: There will be someone here later on.

Ms. Beck: An accountability framework would hold the districts responsible to the negotiated terms, so it becomes a circle of continuous quality improvement.

Senator Cochrane: I want you to elaborate on the new, revised mental health program for Nova Scotia. You said that they have just enacted a new act within the mental health program. Would you elaborate on that a little more, and what are some of its deficiencies? What are some of the things that are not sufficient in it?

Ms. Tooton: The act has not been passed in the legislature. It was slowed in its progress during the second reading. We have a minority government and I think we are all familiar with how minority governments work. Without the full support of the two opposition parties, it was not able to move forward. However, it is my understanding that during this sitting it will be reintroduced

Le sénateur Cordy : Parfois, les commentaires qu'on présente dans les médias, qu'ils soient positifs ou négatifs, permettent au moins de porter l'histoire à l'attention du public.

Ma prochaine question concerne la reddition de comptes. Comme le président l'a dit, nous jonglons entre les provinces et le gouvernement fédéral. Il est difficile de nous assurer que les provinces dépensent judicieusement l'argent du fédéral.

Ma question est la suivante : le financement du gouvernement fédéral devrait-il cibler les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale ou du mieux-être?

Mme Tooton : Oui.

Mme Beck : Oui, parfaitement. Vous savez comment fonctionne un système de soins de santé, et il faut beaucoup d'argent pour dispenser des soins actifs. L'argent est versé aux districts qui ont un éventail de programmes, et l'argent neuf est injecté dans les programmes en déficit. Les petits programmes ne se voient pas affecter de budget de millions de dollars.

Nos programmes ne verront pas un sou des quatre millions de dollars que le gouvernement fédéral versera à la Nouvelle-Écosse pendant quatre ans. Nous n'en verrons rien. Pas un sou ne sera versé pour la modification de notre système désuet de soins actifs, qui contribue aux problèmes qui touchent les soins en santé mentale.

J'aimerais qu'on arrête avec la province un cadre redditionnel, et sur lequel elle devrait rendre des comptes. Si elle ne le respecte pas, elle n'obtient pas le financement.

Le sénateur Cordy : Si la municipalité régionale de Halifax ne reçoit pas d'argent, qu'advient-il de Cap-Breton, de Guysborough et de Yarmouth? Y a-t-il des programmes dans les régions rurales?

Mme Beck : Oui, mais l'argent sera versé au gouvernement provincial, et c'est lui qui le distribuera aux districts, mais sous réserve de certaines conditions. Y a-t-il des membres du gouvernement ici présents, aujourd'hui?

Le sénateur Cordy : Il y en aura un plus tard.

Mme Beck : Grâce à un cadre redditionnel, les districts seraient responsables de respecter les conditions négociées, et donc, on entrera dans un cycle d'amélioration continue de la qualité.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais que vous nous en disiez davantage sur le nouveau programme révisé de santé mentale de la Nouvelle-Écosse. Vous avez dit qu'on vient juste de promulguer une nouvelle loi dans le cadre du programme de santé mentale. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet, et nous parler des lacunes de cette loi? Pouvez-vous nommer certaines choses qui ne sont pas suffisantes dans cette loi?

Mme Tooton : La loi n'a pas été adoptée par l'assemblée législative. Le processus a été retardé à la deuxième lecture. Nous avons un gouvernement minoritaire, et je crois que nous savons tous comment fonctionnent les gouvernements minoritaires. Comme elle n'a pas obtenu l'appui des deux parties de l'opposition, elle n'a pas pu passer à l'autre étape. Cependant,

and I understand that the Liberals are now interested in supporting it, so it will go into law amendments and then on to the third reading. I hope that by the fall we will have our mental health act.

I do not know if you really want to ask me this question. As I mentioned already, we as an organization would prefer to see that people could access the mental health system in a voluntary way rather than forcing them into involuntary treatment.

When you say "mental health act," I think you conjure up the notion that it talks about mental health and does not focus exclusively on mental illness. In fact, that is what has happened here and I think that is common to the other mental health acts across the country. Professor Archie Kaiser is addressing the committee tomorrow and he is most knowledgeable about the mental health act and will be able to speak to it far better than I will.

Senator Cochrane: Mr. Tomie, would you tell us about the places where you meet with the individuals who are not comfortable meeting in a group context? Have you ever considered using the schools in the evening when they are not in use? Would that be a good place to have people meet?

Mr. Tomie: When I spoke about people who did not want to come to the group setting because they are just uncomfortable, I usually go and meet them at their homes. They are more comfortable in familiar surroundings and they are able to talk more freely. Some want to meet me at a Tim Horton's where there are many people around so that we are not alone, one-on-one. I usually leave it up to them to make that decision.

In Cape Breton, I developed a program and took it to 60 classrooms, and because of the program, many kids came forward for help and then I ran into the brick wall. The same situation applies here in Nova Scotia. I cannot go into the schools and present the program because the schools will not send me an invitation. The education system carries the stigma that if children hear about suicide they will complete the act of suicide.

The group is still not well known even though we have been in existence since 1999. I know this is hard to believe, but even though Mr. and Mrs. Geisler and I have contacted just about every organization in this province, including police, Victim Services, RCMP, our biggest referral still comes from the coroner's office. I even approached the Funeral Directors' Association of Nova Scotia because there is a navigator employed in most funeral homes to help survivors to access support groups.

Usually when somebody comes to our group, we ask them how they found us and often they say that the information came from the Internet. One person went to the States for help and their referral sent him back to us.

Je pense que, au cours de la présente séance, on la déposera de nouveau, et je crois comprendre que les Libéraux veulent maintenant l'appuyer, et elle passera donc à la modification des lois, et ensuite, à la troisième lecture. J'espère que, d'ici l'automne, nous aurons notre loi sur la santé mentale.

J'ignore si vous voulez vraiment me poser cette question. Comme je l'ai déjà mentionné, nous, en tant qu'organisation, préférons voir que les gens peuvent accéder au système de santé mentale de façon volontaire plutôt que de constater qu'on les force à subir des traitements non volontaires.

Lorsque vous dites « loi sur la santé mentale », je pense que vous faites allusion au fait qu'elle porte sur la santé mentale, et non pas exclusivement sur la maladie mentale. En fait, c'est ce qui est arrivé ici, et je crois que c'est la même chose pour les autres lois sur la santé mentale qui ont été adoptées au pays. Demain, M. Archie Kaiser s'adressera au Comité. Il en sait long sur la santé mentale, et il pourra vous en parler beaucoup mieux que moi.

Le sénateur Cochrane : Monsieur Tomie, pourriez-vous nous dire où vous rencontrez les gens qui ne sont pas à l'aise en groupe? N'avez-vous jamais pensé à aller dans les écoles, le soir, lorsqu'il n'y a pas d'étudiants? Est-ce que ce serait un bon point de rencontre pour les gens?

M. Tomie : Lorsque j'ai parlé des gens qui ne voulaient pas venir aux séances de groupe parce que cela les met simplement mal à l'aise, je voulais dire que, habituellement, je vais les rencontrer chez eux. Ils sont plus à l'aise dans un endroit qu'ils connaissent, et ils peuvent parler plus librement. Certains veulent me rencontrer au Tim Horton, où il y a beaucoup de gens, de façon que nous ne soyons pas seuls, face à face. Habituellement, je leur laisse prendre cette décision.

Au Cap-Breton, j'ai élaboré un programme et je l'ai offert dans 60 classes. Du coup, beaucoup d'enfants ont demandé de l'aide, et ensuite je me suis heurté à un mur. C'est la même chose ici, en Nouvelle-Écosse. Je ne peux pas aller dans les écoles et présenter le programme, parce qu'elles ne m'enverront pas d'invitation. Le système d'éducation perpétue l'idée selon laquelle les enfants se suicideront s'ils entendent parler de suicide.

Le groupe n'est toujours pas très connu, même si nous existons depuis 1999. Je sais que c'est dur à croire, mais même si M. et Mme Geisler et moi-même avons communiqué avec presque toutes les organisations de la province, notamment la police, les Services d'aide aux victimes, la GRC, notre meilleure recommandation nous vient encore du bureau du coroner. J'ai même abordé l'Association des entrepreneurs de pompes funèbres de la Nouvelle-Écosse parce que la plupart des salons funéraires emploient un guide qui aide les survivants à faire appel à des groupes de soutien.

Habituellement, lorsque quelqu'un vient dans notre groupe, nous lui demandons comment il nous a trouvés, et souvent, il dit qu'il nous a trouvés sur Internet. Une personne est allée aux États-Unis pour trouver de l'aide, et on lui a recommandé de venir nous voir.

We are the only group in the province that runs every month regardless of attendance. Whether there are two people or 22 people in that room, the group does not stop, not like some programs.

Senator Cochrane: Do you have groups just in the Halifax region or do they operate in other places like Antigonish and Sydney?

Mr. Tomie: The group is for everybody. People from as far away as Antigonish and New Glasgow come to our group. We are the only group. There is no other group in the entire province. We are the only group as far as I know that runs on a month-to-month basis for the year, although a new group is beginning in Quispamsis, New Brunswick.

Ms. Tooton: We are somewhat hesitant now to do presentations in the schools. We get many calls especially for grade 11 classes, where part of the curriculum deals with psychology. We worry that after our presentation that the school does not have a system in place to deal with any problems that arise out of the presentation. We need to know that the teachers and guidance councillors have the proper strategy to deal with a student who realizes he or she might have a problem with depression or thoughts of suicide.

We are hesitant because we know that a proper follow-up strategy is essential to the success of our program. If the school does not have a strategy, it struggles to find the proper professionals in the system.

The Chairman: Just as a matter of curiosity, do you mean that the school system denies that it is efficient and their solution to their denial is to avoid raising the issue of mental health in the first place?

That is wonderfully progressive. Sorry.

Senator Cochrane: Have you spoken to any of the superintendents within the boards?

Ms. Tooton: I do not know. It seems that individual teachers invite us to speak. We have tried to be a part of the professional development day's strategy putting our agenda out there and offering to meet with teachers, but it is not an easy thing to do and we have not been terribly successful.

Senator Cochrane: You might try the superintendents because they are the people who direct everything else within the school system. You might try that approach.

Senator Cook: Ms. Beck, everything that you set out in your wish list is what I would like, too. I think, Mr. Tomie, you are making a difference in people's lives.

I am not a lawyer and I need to go back and look at the legislation.

Nous sommes le seul groupe de la province qui tient une séance chaque mois, quel que soit le nombre de participants. Que nous soyons deux ou 22 dans la pièce, le groupe ne s'arrête jamais, contrairement à certains programmes.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous des groupes seulement dans la région de Halifax, ou il y en a-t-il dans d'autres villes comme Antigonish et Sydney?

M. Tomie : Le groupe est pour tout le monde. Des gens viennent d'aussi loin qu'Antigonish et que New Glasgow pour nous voir. Nous sommes le seul groupe du genre. Il n'y a pas d'autres groupes dans toute la province. Nous sommes le seul groupe, à ma connaissance, qui tient des séances chaque mois, mais je sais qu'un nouveau groupe vient de se former à Quispamsis, au Nouveau-Brunswick.

Mme Tooton : Actuellement, nous hésitons quelque peu à donner des conférences dans les écoles. Nous recevons beaucoup d'appels, surtout de classes de 11^e année, dont une partie du programme d'études traite de psychologie. Nous craignons que, après notre exposé, l'école ne mette pas en place de système pour régler les problèmes qui pourraient survenir à l'issue de la conférence. Nous devons savoir que les enseignants et les orienteurs disposent d'une stratégie appropriée pour traiter avec un étudiant qui réalise qu'il pourrait souffrir d'un problème de dépression ou qui a des pensées suicidaires.

Nous sommes hésitants parce que nous savons qu'une stratégie de suivi appropriée est essentielle à la réussite de notre programme. Si l'école n'a pas de stratégie, elle a du mal à trouver les bons professionnels dans le système.

Le président : Par curiosité, voulez-vous dire que le système scolaire nie l'efficacité de ce programme et que sa solution consiste à éviter principalement de parler des problèmes de santé mentale?

C'est merveilleusement progressiste. Désolé.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous parlé aux directeurs au sein des comités?

Mme Tooton : Je ne sais pas. Il semblerait que ce soit chaque enseignant, individuellement, qui nous invite à venir parler à sa classe. Nous avons essayé de participer à la stratégie de la journée du perfectionnement professionnel en présentant notre programme et en offrant de rencontrer les enseignants, mais ce n'est pas chose facile, et nous n'avons pas obtenu beaucoup de succès.

Le sénateur Cochrane : Vous pourriez essayer de parler aux directeurs, parce que sont eux qui dirigent tout le reste dans le système scolaire. Vous pourriez essayer cette approche.

Le sénateur Cook : Madame Beck, tout ce que vous souhaitez, je le souhaite aussi. Je crois, monsieur Tomie, que vous changez la vie des gens.

Je ne suis pas avocat, et je dois retourner examiner la loi.

Is it possible for provincial regulation to support a federally framed piece of legislation and could it make the system accountable, whatever the content? Would it be enforceable?

Ms. Tooton: I am not an expert either, but I think the reason why organizations like others and ours have spoken around a national strategy for mental health is that we look to the federal government to direct the focus of the spending within the province. If part of the strategy were to identify comprehensive mental health legislation, then I hope that the provinces would attempt to match that legislation in their own jurisdictions.

Senator Cook: How can one create an adequate piece of federal legislation with all the necessary components and regulations with enough elasticity or manoeuvrability that it would apply to the legislators of the provincial jurisdictions?

I mean, regulations are subjective to a piece of legislation. I am wondering if it is possible to achieve that goal.

Ms. Tooton: Well, I would say it is worth a try.

Senator Pépin: I have a supplementary regarding the education of teachers to the issue of mental health. I believe that the education of the teachers is a priority.

You said that people think that if you speak about mental illness and suicide it will encourage the children to come forward with their concerns, or indeed, to perform the act of suicide.

I come from a small town, and I believe that the reaction you receive is due to fear and that is why you do not receive many invitations to speak to the students. They are worried and they do not know where it is going to end.

Ms. Beck: I think you are right, senator. This morning, my husband asked me if there would be anyone here to represent the teachers because mental health is a big problem in the school system.

The Chairman: Senator Cordy, prior her appointment to the Senate, was in fact a teacher for many years.

Mr. Tomie: I want to address that point because talking about it is not going to make them do it. I am going to refer back to the topic of teaching sex education in school. Are they worried about the kids having sex? Well, of course, they are, and the children learn the consequences of their actions if they have unprotected sex.

How do we teach a child how to handle depression and what to do about it if we do not discuss the problem? We cannot live in the dark ages. The problem with suicide is that for years we swept it underneath the carpet. We must ask ourselves just how many of the so-called accidents at work and single-car accidents were really suicides. We will never know the answer to many of those questions.

Est-ce possible qu'un règlement provincial soutienne une législation fédérale, et est-ce qu'un tel règlement peut faire en sorte que le système doive rendre des comptes, quel que soit le contenu? Pourrait-on appliquer un tel règlement?

Mme Tooton : Je ne suis pas spécialiste moi non plus, mais je crois que la raison pour laquelle les organisations comme la nôtre et d'autres ont discuté de la possibilité d'élaborer une stratégie nationale pour la santé mentale, c'est que nous nous tournons vers le gouvernement fédéral pour orienter les dépenses dans la province. Si une partie de la stratégie consiste à déterminer une vaste loi sur la santé mentale, j'espère que les provinces essaieront d'adopter une telle loi dans leur propre administration.

Le sénateur Cook : Comment peut-on créer une loi fédérale adéquate avec toutes les composantes et tous les règlements nécessaires, et conserver suffisamment de souplesse ou de marge de manœuvre pour qu'elle s'applique aux législateurs des administrations provinciales?

Je veux dire, les règlements sont assujettis à une loi. Je me demande s'il est possible de réaliser cet objectif.

Mme Tooton : Eh bien, je dirais que ça vaut la peine d'essayer.

Le sénateur Pépin : J'ai autre chose à dire concernant l'éducation des enseignants en ce qui concerne la santé mentale. Je crois que l'éducation des enseignants est une priorité.

Vous avez dit que les gens pensent que, si vous parlez de la maladie mentale et du suicide, cela encouragera les enfants à faire part de leurs préoccupations, ou, en fait, à se suicider.

Je viens d'un petit village, et je pense que la réaction que vous obtenez est tributaire de la peur et que c'est pour cette raison que vous ne recevez pas beaucoup d'invitations à parler aux étudiants. Ils ont peur, et ils ignorent où tout cela va s'arrêter.

Mme Beck : Je crois que vous avez raison, sénateur. Ce matin, mon époux m'a demandé s'il allait y avoir quelqu'un pour représenter les enseignants, parce que la santé mentale constitue un problème de taille dans le système scolaire.

Le président : Le sénateur Cordy, avant d'être nommée au Sénat, a enseigné pendant de nombreuses années.

M. Tomie : Je veux aborder ce point, parce que ce n'est pas parce qu'on en parle que ça les incite à passer à l'acte. Je vais reprendre l'exemple de l'éducation sexuelle dans les écoles. Est-ce qu'on a peur que les enfants aient des relations sexuelles? Eh bien, c'est sûr qu'ils en ont, et les enfants apprennent les conséquences de leurs actes s'ils ne se protègent pas.

Comment pouvons-nous apprendre à un enfant à éviter la dépression et ce qu'il doit faire pour y arriver si nous ne parlons pas du problème? Nous ne sommes pas au Moyen Âge. Le problème, avec le suicide, c'est que, pendant des années, nous avons balayé le problème sous le tapis. Nous devons nous demander combien des prétendus accidents de travail et accidents d'automobile impliquant un seul véhicule étaient vraiment des suicides. Nous ne connaissons jamais la réponse à bon nombre de ces questions.

Senator Cordy: Sexuality is a new concept within the school system, so perhaps there is hope that we will soon discuss the issue of mental health.

Mr. Tomie: Well, we have to start somewhere. You do not just educate the kids; you have to start with the teachers so that they know what to look for in their behaviour.

I always tell teachers not to be scared to ask. I say that if you think a child is writing something or saying something that does not sound right or look right to you, ask him if he is contemplating taking his life. One of two things can happen: They may think you are crazy for asking, or they were thinking about it and you took the time to ask them if they needed help. If we do not ask, we will never know, and if we do not try, we will not succeed.

The Chairman: Ms. Tooton, with respect to your comment on stigma and discrimination, we have actually started referring to "stigma" as the politically correct way of saying "discrimination," because that is exactly what it is.

Thank you all for coming. We appreciate your taking the time to be with us.

Mr. Doug Crossman, Manager, Mental Health Services, South Shore DHA: Thank you for this opportunity and welcome to Halifax.

I represent the views of a group of stakeholders working in collaboration to create an integrated chronic disease prevention strategy. We hope that some of the things we outline for the Senate committee will initiate discussion and debate.

You probably are all familiar with the fact that mental health problems are among the leading causes of premature death and disability across the world. We believe that the cost of mental illness in Nova Scotia is about \$250 million a year and those are just the direct costs; that figure does not include the indirect cost of lost productivity.

It is interesting that in 2003, some of our research indicated that only about 40 per cent of individuals with mental health problems actually sought treatment for those problems. There is no question that the stigma of mental illness and suicide remain a significant issue concerning mental health and mental illness.

Notwithstanding the research in regards to the burden of death, disability and lost productivity on our population associated with mental health and mental illness issues, in Nova Scotia, the public share of mental health resources has consistently shrunk. We are now probably at about 3.5 per cent of the total health budget, and as Ms. Tooton was indicating earlier, that trend does not seem to be reversing.

However, when we looked at some of trends surrounding mental illness it became obvious that we are not very good at identifying the relationship between physical and mental health

Le sénateur Cordy : La sexualité est un nouveau concept dans le système scolaire. On peut peut-être espérer que, bientôt, nous pourrions parler de la santé mentale.

M. Tomie : Eh bien, nous devons commencer quelque part. On ne fait pas qu'éduquer les enfants; il faut commencer par les enseignants, afin qu'ils sachent ce qu'ils doivent surveiller dans leur comportement.

Je dis toujours aux enseignants de ne pas avoir peur de poser des questions. Je leur dis que, s'ils pensent qu'un enfant écrit quelque chose ou dit quelque chose qui leur semble bizarre, ils doivent lui demander s'il envisage d'attenter à ses jours. De deux choses l'une : il peut penser que vous êtes fou, ou il y pensait, et vous avez pris le temps de lui demander s'il avait besoin d'aide. Si nous ne le demandons pas, nous ne le saurons jamais, et si nous n'essayons pas, nous ne réussirons pas.

Le président : Madame Tooton, en ce qui a trait à votre commentaire sur la stigmatisation et la discrimination, la nouvelle façon « politiquement correcte » de dire « discrimination » est de parler de « stigmatisation », parce que c'est exactement de cela qu'on parle.

Merci à tous d'être venus. Nous apprécions le fait que vous ayez pris le temps d'être avec nous.

M. Doug Crossman, gestionnaire, Services de santé mentale, South Shore DHA : Merci de me donner cette possibilité, et bienvenue à Halifax.

Je représente un groupe d'intervenants qui travaille en collaboration à créer une stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques. Nous espérons que certains des propos que nous adresserons au Comité sénatorial déclencheront une discussion et un débat.

Vous savez probablement tous que les problèmes de santé mentale figurent parmi les principales causes de décès prématuré et d'invalidité partout dans le monde. Nous croyons que la maladie mentale coûte à la Nouvelle-Écosse environ 250 millions de dollars par année, et nous ne parlons là que des coûts directs; ce chiffre n'inclut pas le coût indirect de la perte de productivité.

Il est intéressant de constater que, en 2003, certaines de nos recherches ont révélé que seulement 40 p. 100, environ, des gens qui souffrent d'un problème de santé mentale ont demandé à se faire traiter. Il ne fait aucun doute que la stigmatisation de la maladie et du suicide constitue toujours un problème important en ce qui a trait à la santé mentale et à la maladie mentale.

Malgré les recherches que nous avons menées sur le fardeau que doit supporter notre population du fait des décès, des handicaps et de la perte de productivité liés à la santé mentale et à la maladie mentale, en Nouvelle-Écosse, la part de ressources en santé mentale qui revient au public n'a pas cessé de rétrécir. Nous en sommes aujourd'hui probablement à environ 3,5 p. 100 du budget total de la santé, et comme Mme Tooton l'a dit plus tôt, cette tendance ne semble pas vouloir se renverser.

Cependant, lorsque nous avons examiné certaines tendances qui se dégagent dans le domaine de la maladie mentale, nous avons tout de suite compris que nous ne sommes pas très bons

issues and we have a tendency to focus on the supply of health services to the population as opposed to understanding the demand. We need to ask why people are coming to our health services in the first place.

I administer a mental health program in Lunenburg and Queens Counties and I am involved in a range of other activities in our service delivery system. Frequently, we separate mental illness from the rest of the health system.

Our group includes a variety of people from Dalhousie University, the Department of Community Health and Epidemiology, the rural health initiative and the Population Health Research Unit, CMHA, consumers, the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, and so on. We feel strongly that we need fundamental changes to the way we think about service delivery in regards to mental health. We think that there are some significant policy and program implications connected to that change of thinking.

Nova Scotia has one of the highest chronic disease and disability rates in the country coupled with very high-risk factors in smoking, obesity, physical inactivity, depression and social anxiety. This province has the lowest disability-free life expectancy in the country. Given our high rates of chronic disease, we also have high rates of chronic medical and psychiatric illnesses which coexist and which worsen overall health outcomes.

Whether we focus on one disease or whether we focus on many, we all understand there are similar risk factors across the board. Physical inactivity, obesity, smoking, and adverse life-style choices are definite risk factors, but there are also significant social conditions that affect mental illness such as the obvious ones like poverty, poor housing conditions, poor education and drug and alcohol abuse.

In Nova Scotia, our recent research indicates that Nova Scotians with psychiatric disorders have a mortality rate 2.5 per cent higher than the general population. This province also has a more significant rural population than the rest of the country. The urban/rural split in the rest of the country is around 78 per cent to 22 per cent; in Nova Scotia, it is 64 per cent urban to 36 per cent rural. When you look at chronic disease, our rural population is less educated, older, poorer, more socially isolated and less healthy than our urban population. Nova Scotia has one of the largest urban/rural income gaps in the country.

We are bringing this to your attention because we think it is a critical issue in your deliberations. We do not think it is acceptable policy or funding practice to see such a discrepancy between the needs of a population and the funding percentage

pour cerner le lien entre les problèmes de santé physique et les problèmes de santé mentale, et que nous avons tendance à nous concentrer sur l'offre de services de santé à la population plutôt qu'à connaître la demande. Nous devons nous demander pourquoi les gens s'adressent en premier lieu à nos services de santé.

J'administre un programme de santé mentale dans les comtés de Lunenburg et de Queens, et je participe à un éventail d'autres activités dans notre système de prestation de services. Souvent, nous distinguons la maladie mentale du reste du système de santé.

Notre groupe se compose de diverses personnes qui viennent de l'Université Dalhousie, du ministère de la Santé communautaire et de l'Épidémiologie, de l'initiative pour la santé rurale et de l'unité de recherche sur la santé de la population, de l'ACSM, de bénéficiaires, de membres de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, et ainsi de suite. Nous sommes convaincus qu'il faut modifier profondément notre façon de voir la prestation de services en ce qui a trait à la santé mentale. Nous croyons que ce changement de mentalité s'assortit d'importantes répercussions sur le plan de la politique et des programmes.

La Nouvelle-Écosse affiche l'un des plus hauts taux de maladies chroniques et d'invalidité au pays. De plus, elle présente des facteurs de risque comme le tabagisme, l'obésité, l'inactivité, la dépression et l'anxiété sociale. C'est dans cette province qu'on trouve l'espérance de vie sans incapacité la plus courte du pays. Étant donné nos taux élevés de maladies chroniques, nous affichons également des taux élevés de maladies médicales et psychiatriques chroniques concomitantes, qui gâtent les résultats globaux en matière de santé.

Que nous parlions d'une seule maladie ou que nous parlions de nombreuses maladies, nous savons tous que, au bout du compte, les facteurs de risque sont semblables. L'inactivité, l'obésité, le tabagisme et les modes de vie malsains sont sans contredit des facteurs de risque, mais il y a aussi d'importantes conditions sociales qui influent sur la maladie mentale, comme la pauvreté, les logements insalubres, la faible scolarité et la consommation de drogues et d'alcool, qui sont évidents.

En Nouvelle-Écosse, une étude récente révèle que les Néo-Écossais souffrant de troubles psychiatriques affichent un taux de mortalité de 2,5 p. 100 supérieur à celui de l'ensemble de la population. On trouve aussi dans cette province une population rurale plus importante que dans le reste du pays. Ailleurs dans le Canada, le rapport de région urbaine pour les régions rurales est d'environ 78 p. 100 pour 22 p. 100; en Nouvelle-Écosse, il est de 64 p. 100 de régions urbaines pour 36 p. 100 de régions rurales. Lorsqu'on se penche sur le problème des maladies chroniques, on constate que notre population rurale est moins scolarisée, plus âgée, plus pauvre, plus isolée socialement et moins en santé que notre population urbaine. La Nouvelle-Écosse affiche l'un des plus importants écarts de revenu entre les régions urbaines et les régions rurales du pays.

Nous portons ces données à votre attention parce que nous estimons que c'est un point crucial dans vos délibérations. Nous ne pensons pas qu'on a adopté une politique ou une pratique de financement acceptable quand on observe un tel écart entre les

that the population receives from the Government of Nova Scotia. We need to focus not only on increasing and on improving the supply of services, but we must also look to the demand side. We have asked ourselves why the demand for services is so high in such a small province, and realized that one answer is to understand the demand.

What are the factors that bring people to our service? We are concerned right now about the supply side. Not only are we looking at a relatively small percentage of the overall budget, but also some recent research pertaining to core services in the province indicates that there is a \$17 million gap between required core services, and the availability of those services across the nine districts in the province.

Our province has an annual growth rate and a health budget of about 9 per cent. It has a relatively slow economic growth rate that does not even come close to that 9 per cent in terms of overall growth. If you add in the high disease and disability rates and a growing public impatience toward lack of services, the question answers itself.

I heard your discussion with the previous group and media attention. Well, waiting lists makes the news, as do shortages of health service professionals.

With these driving factors, it is very difficult to assume that we will make up that \$17 million gap tomorrow or in next budget year or in the budget year after that simply because of the growth of wages and salaries and so on.

Although we would applaud increased budget share, if I can call it that, I do not think these efforts should be at the expense of developing an integrated, population-based approach to improving the mental health and well-being of Nova Scotians.

If we assume that the role of governments is to improve the general health and prosperity of the population, then I assume that your committee must argue for a mental health policy and program capacity that balances the service issues with an increased provincial capacity to address the evidence-based determinants of a population's health and well-being.

With the development of the new Public Health Agency of Canada, there has been a great deal of talk that we have a new idea of public health in Canada. Well, it really is not a new idea. For those of us who have been around forever, we know the focus must be on upstream health promotion and prevention, and less on downstream interventions. The proposed definition of public health is the science and art of promoting health, preventing disease, prolonging life, and improving quality of life through the organized efforts of society.

besoins d'une population et le pourcentage de financement que la population reçoit du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Nous devons non seulement nous faire un point d'honneur d'accroître et d'améliorer la prestation de services, mais aussi examiner la demande. Nous nous sommes demandé pourquoi la demande en service est si élevée dans une si petite province, et nous avons réalisé que, pour répondre à cette question, il faut connaître la demande.

Quels sont les facteurs qui incitent les gens à accéder à notre service? Présentement, nous nous préoccupons de l'offre. Non seulement nous nous intéressons à un pourcentage relativement petit du budget global, mais certaines études récentes relatives aux services de base offerts dans la province révèlent qu'il y a un écart de 17 millions de dollars entre les services de base requis et l'accessibilité de ces services dans les neuf districts de la province.

Notre province affiche un taux de croissance annuel et un budget de la santé d'environ 9 p. 100. Son taux de croissance économique est relativement lent, et il ne se rapproche même pas de ces 9 p. 100 au chapitre de la croissance globale. Si l'on combine à cela les taux élevés de maladie et d'invalidité et l'impatience croissante du public à l'égard du manque de services, vous avez votre réponse.

J'ai entendu votre discussion sur les groupes et la couverture médiatique. Eh bien, les listes d'attente font les manchettes, tout comme les pénuries de professionnels de la santé.

Étant donné ces facteurs, il est très difficile de croire que nous allons combler l'écart de 17 millions de dollars du jour au lendemain, au cours du prochain exercice, ou au cours de l'exercice suivant, simplement à cause de la croissance des salaires, et ainsi de suite.

Même si une augmentation de la part du budget, si je peux m'exprimer ainsi, serait la bienvenue, je ne pense pas qu'on devrait déployer ces efforts au détriment de l'élaboration d'une approche intégrée fondée sur la population quant à l'amélioration de la santé mentale et du mieux-être des Néo-Écossais.

Si nous présumons que le rôle des gouvernements consiste à améliorer la santé générale et la prospérité de la population, j'imagine que votre comité doit demander qu'on établisse un ensemble de politiques et de programmes en santé mentale qui trouvent le juste équilibre entre les problèmes relatifs aux services et la capacité accrue des provinces d'aborder les facteurs déterminants fondés sur les données de la santé et du bien-être d'une population.

Avec la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada, il y a eu beaucoup de débats sur la nouvelle idée que nous nous faisons de la santé publique au Canada. Eh bien, ce n'est pas vraiment une nouvelle idée. Ceux d'entre nous qui sont là depuis toujours savent qu'il faut mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention en amont, et ne pas accorder trop d'attention aux interventions en aval. Voici la définition de la santé publique que l'on propose : la science et l'art de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, de la prolongation de la vie, et de l'amélioration de la qualité de vie grâce aux efforts structurés de la société.

We believe that organized efforts in legislation and public institutions will bring about the needed changes. We need to talk about how to get the resources to poorer provinces and districts, like my own, and how to tie the resources to overall health goals and ideas that the federal government, the provinces and the local communities can embrace.

The group that I work with is developing a strategy regarding integrated chronic disease prevention. We believe this strategy is comprised of some fundamental components. Our idea of capacity or integration of services is on-the-ground capacity. It is capacity of districts and local communities to provide the kind of programming that promotes health and integrates mental health to enhance the emotional well being of the population.

We need better information systems and better population surveillance systems to monitor what we do and offer outcomes orientation. Frequently, we do not talk about outcomes. We talk about service utilization, which means the demand has grown on our service and so we need more money next year for more services. We should focus on what we are doing to improve the overall health of the population as opposed to expanding the service industry.

Cross-sector collaboration, with its many barriers, is the other capacity issue. I think we need to focus on the population health outcomes in order to level out some of those barriers. Some fundamental changes are required in how we organize and fund our public programs, and we need to tie collaboration to funding.

Frequently, when we talk about health policy, we talk about it in terms of one-size-fits-all, but we know that the health determinants in a rural population are quite different from those in the urban population. The only area of population growth in Nova Scotia occurs here in Halifax. I am not referring to the casino per se, but you know what I mean — although that may be true given the addiction problems with gambling.

Our rural population is declining, but so is their budget share, so although many of our health issues are centred in rural areas, there is a greater per capita spending of public resources in urban areas to increase what one academic on our committee calls "social capital." Her argument is that social capital is deteriorating in rural communities.

I am sure that Mr. Galipeault and others today will talk about social capacity and the resources we need to create infrastructure and make supports available in our communities.

As to the prevention side of the issue, one particularly good example of going across jurisdictions is our busing policy. When we close a school and bus children an hour to school, they lose

Nous croyons que les efforts structurés appliqués à la législation et aux institutions publiques permettront d'apporter les changements nécessaires. Nous devons parler de la façon dont nous acheminerons les ressources aux provinces et districts pauvres, comme le mien, et comment nous allons relier les ressources aux idées et objectifs globaux en santé que le gouvernement fédéral, les provinces et les collectivités locales peuvent embrasser.

Le groupe avec qui je travaille élabore une stratégie sur la prévention intégrée des maladies chroniques. Nous estimons que cette stratégie se compose de volets fondamentaux. Nous pensons que la capacité ou l'intégration des services repose entre les mains des gens qui travaillent sur le terrain. Il s'agit de la capacité des districts et des collectivités locales d'offrir le genre de programme qui fait la promotion de la santé et qui intègre la santé mentale pour améliorer le mieux-être affectif de la population.

Nous avons besoin de meilleurs systèmes d'information et de meilleurs systèmes de surveillance de la population pour surveiller ce que nous faisons et offrir une orientation relativement aux résultats. Souvent, nous ne parlons pas de résultats. Nous parlons d'utilisation du service, ce qui signifie que la demande de notre service a augmenté et, donc, que nous aurons besoin de plus d'argent l'an prochain pour offrir plus de services. Nous devrions nous concentrer sur ce que nous faisons pour améliorer la santé globale de la population plutôt que d'élargir l'industrie des services.

La collaboration intersectorielle, avec tous les obstacles qu'elle suppose, constitue l'autre enjeu relatif à la capacité. Je crois que nous devons nous concentrer sur les issues de la santé de la population pour aplanir certains de ces obstacles. Il faut apporter certains changements fondamentaux à la façon dont nous nous organisons et finançons nos programmes publics, et nous devons relier la collaboration au financement.

Souvent, lorsqu'on parle de politique de santé, on en parle comme s'il s'agissait d'une politique universelle, mais nous savons que les déterminants de la santé dans une population rurale sont très différents de ceux dans la population urbaine. La seule région de la Nouvelle-Écosse où il y a une croissance démographique, c'est ici, à Halifax. Je ne fais pas allusion au casino à proprement parler, mais vous savez ce que je veux dire — même si ça pourrait être vrai, étant donné les problèmes de dépendance au jeu.

Notre population rurale est dans son déclin, au même titre que sa part du budget. Donc, même si bon nombre de nos problèmes en matière de santé sont centrés dans les régions, on affecte plus de ressources publiques par habitant dans les régions urbaines, afin d'accroître ce qu'une universitaire de notre Comité appelle le « capital social ». Selon elle, le capital social se détériore dans les collectivités rurales.

Je suis certain que M. Galipeault et d'autres personnes qui sont ici aujourd'hui parleront de la capacité sociale et des ressources dont nous avons besoin pour créer des infrastructures et offrir des mesures de soutien dans nos collectivités.

En ce qui a trait à la prévention, notre politique sur les autobus scolaires constitue un excellent exemple de mesures qui transcendent les sphères de compétence. Lorsqu'on ferme une

that sense of social connection to their community and to their schools. As research from B.C. shows, this idea of social and school connectedness is directly related to school performance and the development of social problems over the life of the child.

Incidentally, we are developing a discussion paper, which we will give to the committee by the end of May.

The Chairman: Is that discussion paper the framework paper?

Mr. Crossman: Yes, that will be the framework paper.

Ms. Tooton spoke to the zero percentage of the budget going into the promotion of mental health and the prevention of mental illness. I think Mr. Galipeault will agree. I mean, there are odds and sods around, but what we are doing in the districts is borrowing from clinical services in order to work off the side of our desks to do prevention programming. We are robbing Peter to pay Paul. We do have interesting workplace-based programs, school-based programs and suicide prevention programs but they are at the cost of using resources designated for other purposes. At this time, we do not have a capacity definition for the flow of dollars for mental health promotion and illness prevention.

The idea of primary health care is critical. There is no question that the majority of people in Nova Scotia see their general practitioner for problems relating to mental health. Maybe Dr. Stokes has better data than I do, but probably somewhere near 40 per cent or 50 per cent of GP case loads deal directly with mental health problems, and only 40 per cent with mental health problems are actually getting help for their problem.

We have to look at different models that work in rural communities. Many of the shared care and primarily health care models in mental health are urban-based models, so we have to look at ways of developing models in rural communities and integrating mental health into primary care practice to get better outcomes.

In terms of improving chronic mental illness management practices, you must take into account many factors. Sixty per cent to 80 per cent of the people we deal with smoke and the vast majority are physically inactive and suffer from obesity problems. We must factor in co-morbidity, poverty, diabetes and heart disease as well as the risk factors already mentioned into our population with psychiatric disorders. If you only focus on schizophrenia or depression, you will arrive at questionable outcomes. The funded mandate of the program is to deal with psychiatric disorders, so we have to look at a way of going across borders in terms of public health and mental health issues.

école et que les enfants doivent faire une heure d'autobus pour se rendre à l'école, ils n'ont plus l'impression d'avoir une connexion sociale avec leur collectivité et leur école. Une étude menée en Colombie-Britannique a révélé que ce concept de connexion sociale et scolaire est directement lié au rendement scolaire et à l'apparition de problèmes sociaux tout au long de la vie de l'enfant.

Incidentement, nous sommes en train d'élaborer un document de travail, que nous remettrons au comité d'ici la fin de mai.

Le président : Est-ce que ce document de travail est le document cadre?

M. Crossman : Oui, ce sera le document cadre.

Mme Tooton parle du fait qu'aucun pourcentage du budget n'est affecté à la promotion de la santé mentale ni à la prévention de la maladie mentale. Je pense que M. Galipeault sera d'accord avec ça. Je veux dire, il y a des miettes ici et là, mais ce que nous faisons dans les districts, c'est emprunter auprès des services cliniques afin de nous consacrer, à temps perdu, à l'élaboration de programmes de prévention. Nous déshabillons Saint-Pierre pour habiller Saint-Paul. Nous avons des programmes en milieu de travail, des programmes scolaires et des programmes de prévention du suicide intéressants, mais on doit pour ça utiliser des ressources réservées à d'autres fins. Pour l'instant, nous n'avons pas de définition de la capacité en ce qui a trait au financement accordé pour la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie.

Le concept de soins de santé primaires est crucial. Il ne fait aucun doute que la plupart des Néo-Écossais consultent leur omnipraticien concernant des problèmes liés à la santé mentale. Le Dr Stokes a peut-être de meilleures données que moi, mais je vous dirais que de 40 à 50 p. 100 des dossiers des omnipraticiens ont trait directement à des problèmes de santé mentale, et que seulement 40 p. 100 des personnes qui sont aux prises avec de tels problèmes obtiennent de l'aide.

Nous devons examiner différents modèles qui fonctionnent dans les collectivités rurales. Bon nombre de modèles de soins partagés et de soins de santé primaires en santé mentale sont destinés aux régions urbaines, et c'est pourquoi nous devons étudier des façons d'élaborer des modèles dans les collectivités rurales et d'intégrer la santé mentale dans la prestation de soins primaires afin d'obtenir de meilleurs résultats.

En ce qui concerne l'amélioration des pratiques de prise en charge des personnes qui souffrent d'une maladie mentale chronique, on doit tenir compte de nombreux facteurs. De 60 à 80 p. 100 des jeunes avec qui nous travaillons fument, et la grande majorité sont inactifs et sont obèses. Nous devons prendre en considération la comorbidité, la pauvreté, le diabète et les maladies coronariennes, ainsi que les facteurs de risque déjà mentionnés lorsqu'on veut traiter nos citoyens qui souffrent de troubles psychiatriques. Si on ne fait que s'intéresser à la schizophrénie ou à la dépression, on finira par obtenir des résultats douteux. Le mandat pour lequel on finance le programme est de traiter les troubles psychiatriques. Par

Mr. Galipeault will talk much more about consumer participation, so I will leave that subject to him. We are making major attempts to engage consumers into having input into what we do. We are providing resources to consumers for programming; however, we need to do much more in the area of the philosophy of recovery, which Mr. Galipeault will also address.

We need to make fundamental institutional changes to sustain this integrated strategy. The province has the mandate to deliver health services; I do not think Nova Scotians believe that the federal government delivers health services to them. You may know this better than I do, but there does not appear to be any legal impediment to the federal government becoming engaged with the provinces, particularly in this area of health promotion and health care service delivery. We do not believe there are any barriers there.

Federal institutional structures should find a way to integrate mental health discussions into their models. One model is the former Canadian Heart Health Initiative, funded under the former National Health Research Development program. The Heart Health Initiative indicated that chronic heart disease was rampant in the country. They turned their resources to that disease which in turn led to the development of programming. I think it is fair to say that the Heart Health Initiative really drove the focus on chronic disease prevention in this country. That program has since disbanded and there are other initiatives, like the Canadian Diabetes Initiative and so on, but much of what is going on based on the efforts of the Canadian Heart Health Initiative.

There are ways of dedicating or locking in federal money, or non-portable money. Other sectors cannot draw funds from our non-portable budgets. Sometimes that works; sometimes it does not, depending on the agency.

At this time, there is neither dedicated federal funding for mental health care services nor coherent organizational structure for mental health within that institutional sector. When we look at funding and sustaining an integrated framework for mental health, this province is completely preoccupied with waiting lists and a massive deficit situation. We spend 40 per cent to 45 per cent on our health care budget in this province as a percentage of overall budgets. There are some very fundamental economic problems on the supply side of the equation. There are some critical problems of not integrating service development and delivery across silos.

conséquent, nous devons trouver une façon de transcender les frontières en ce qui concerne les problèmes de santé publique et de santé mentale.

M. Galipeault vous en dira beaucoup plus sur la participation des bénéficiaires. Je vais donc lui laisser ce sujet. Nous faisons tout en notre pouvoir pour inciter les bénéficiaires à nous dire ce qu'ils pensent de ce que nous faisons. Nous fournissons des ressources aux bénéficiaires afin qu'ils élaborent des programmes; cependant, nous devons en faire beaucoup plus pour ce qui est de la perception du rétablissement. C'est un sujet que M. Galipeault abordera également.

Nous devons profondément modifier nos institutions pour maintenir cette stratégie intégrée. La province a le mandat de dispenser des services de santé; je ne pense pas que les Néo-Écossais croient que le gouvernement fédéral leur fournit des services de santé. Vous le savez peut-être mieux que moi, mais il semble n'y avoir aucun obstacle de droit qui empêche le gouvernement fédéral de s'immiscer dans les affaires provinciales, surtout dans le domaine de la promotion de la santé et de la prestation de soins de santé. Nous ne pensons pas qu'il est entravé en ce sens.

Les responsables des structures institutionnelles fédérales devraient trouver une façon d'intégrer les débats sur la santé mentale à leurs modèles. L'un de ces modèles est l'ancienne Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, financée dans le cadre de l'ex-Programme national de recherche et de développement en matière de santé. L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire a révélé que la cardiopathie chronique était très répandue au pays. Ils ont affecté leurs ressources à la lutte contre cette maladie, et cela leur a permis d'élaborer des programmes. Je crois qu'on peut dire que l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire a vraiment donné le coup d'envoi à la prévention de la maladie chronique au Canada. Aujourd'hui, ce programme a été aboli, mais d'autres initiatives ont été créées, comme l'Initiative canadienne du diabète, et ainsi de suite, mais la plupart des activités se fondent sur les efforts déployés dans le cadre de l'initiative canadienne en santé cardiovasculaire.

Il existe des façons de réserver ou de bloquer l'argent du gouvernement fédéral, ou l'argent non transférable. Les autres secteurs ne peuvent puiser dans nos budgets non transférables. Parfois, ça fonctionne; d'autres fois, ça ne fonctionne pas, selon l'organisme.

Actuellement, aucun budget fédéral n'est réservé pour les services de santé mentale, et aucune structure organisationnelle cohérente n'a été établie pour ce qui est de la santé mentale au sein de ce secteur institutionnel. Lorsqu'on examine le financement et le maintien d'un cadre intégré de santé mentale, on constate que la province en a plein les bras avec les listes d'attente et les déficits massifs. Par rapport aux budgets globaux, nous consacrons de 40 à 45 p. 100 de notre budget aux soins de santé en Nouvelle-Écosse. Du côté de l'offre de l'équation, il y a des problèmes économiques très fondamentaux. Lorsqu'on n'intègre pas la mise au point et la prestation des services, on se retrouve avec des problèmes cruciaux.

We recommend the development of a national response team to ensure that when you are finished your collaborations, a group of stakeholders come together to discuss this matter, particularly the issue of integration and how mental health should be promoted. I think there needs to be more social marketing.

As part of its mandate, the Public Health Agency of Canada is integrating a nation-wide chronic disease prevention strategy. Of course, the agency has other important matters in its mandate but they must consider chronic disease prevention programs as well.

I will leave you with those thoughts and then we can open up for questions later.

The Chairman: Thank you and we look forward to getting your framework document when it is complete.

I would like to introduce Senator Jim Cowan, who is the newest Nova Scotia senator. We are delighted he is with us this afternoon.

Mr. Jean-Pierre Galipeault, Owner, The Empowerment Connection: I want to focus my statements more specifically to mental health and mental illness. As Mr. Crossman mentioned, there is little attention given to mental health promotion, prevention and recovery, although recovery is getting a lot of airtime these days.

As I mention in my brief, in 1977, my doctor diagnosed me with bipolar disorder and although I was stuck for many years, it was a catalyst for me to seek ways to avert relapses and keep myself well. Not only is it important in my personal life, but I have developed my own business around it and now I act as a consultant with respect to promotion, prevention and recovery.

In November 2001, I opened my consumer-run and operated business. My colleagues and I are all mental health consumers. One of the highlights of the business is that we have developed a method to help people onto their road to recovery. *The Recovery Toolkit: A Pathway to Empowerment*, to my knowledge, it is the only one of its kind in the country. The toolkit puts emphasis on people's strengths and capabilities and methods of personal development, and it provides assistance in developing plans to stay well, to avert relapses and to recover from illness.

I received my diagnosis quite a few years ago and it is fair to say that many Canadians with a mental illness treat that illness with medication. I spent almost 12 years trying to find the right medication. Perhaps I am a slow learner, but when I found a self-help group, the light bulb went on.

I helped develop a group in Pictou County where I learned more from my peers than I did in the previous 12 years dealing with what I call the "formal mental health system." I learned by listening to how others kept themselves well and what they did to maintain their mental health. I tried some of their methods and

Nous recommandons la formation d'une équipe nationale d'intervention pour nous assurer que, lorsque vous aurez terminé vos collaborations, un groupe d'intervenants se réunira pour discuter de la question, surtout de la question de l'intégration et de la promotion de la santé mentale. Je crois qu'on doit s'adonner davantage au marketing social.

Dans le cadre de son mandat, l'Agence de santé publique du Canada intègre une stratégie nationale de prévention de la maladie chronique. Bien sûr, l'Agence a d'autres chats à fouetter, mais elle doit aussi tenir compte des programmes de prévention de la maladie chronique.

Je vous laisse sur ces pensées, et nous pourrions amorcer la période de questions plus tard.

Le président : Merci. N'oubliez pas de nous envoyer votre document cadre dès qu'il sera terminé.

J'aimerais vous présenter le sénateur Jim Cowan, le tout dernier sénateur de la Nouvelle-Écosse. Nous sommes ravis qu'il soit avec nous cet après-midi.

M. Jean-Pierre Galipeault, propriétaire, The Empowerment Connection : Je voudrais vous parler surtout de santé mentale et de maladie mentale. Comme M. Crossman l'a mentionné, on accorde peu d'attention à la promotion et à la prévention de la maladie mentale, et à la guérison, même si la guérison est un sujet chaud par les temps qui courent.

Comme je le mentionne dans mon mémoire, en 1977, mon médecin m'a appris que je souffrais d'un trouble bipolaire. Même si j'ai été stabilisé pendant de nombreuses années, ça m'a incité à chercher des façons d'éviter les rechutes et de prendre soin de moi. Non seulement c'est important pour ma vie personnelle, mais en plus, j'ai bâti ma propre entreprise autour de cette maladie, et aujourd'hui, je suis expert-conseil en promotion, prévention et guérison.

En novembre 2001, j'ai ouvert mon entreprise, qui est dirigée et exploitée par des bénéficiaires. Mes collègues et moi-même sommes tous des bénéficiaires de soins de santé mentale. L'une des plus grandes réussites de l'entreprise, c'est d'avoir élaboré une méthode pour aider les gens dans leur quête de la guérison. *The Recovery Toolkit : A Pathway to Empowerment*, à ma connaissance, est la seule méthode du genre au pays. Ce coffre à outils mise sur les forces et les capacités des gens, et sur les méthodes de perfectionnement personnel, et il aide les gens à élaborer des plans pour prendre soin d'eux, éviter les rechutes et se rétablir de la maladie.

J'ai appris le diagnostic il y a quelques années. On peut dire que bien des Canadiens souffrant d'une maladie mentale traitent cette maladie par des médicaments. J'ai passé presque douze ans à essayer de trouver le bon médicament. Peut-être que je n'apprends pas vite, mais lorsque j'ai trouvé un groupe d'entraide, le déclic s'est fait.

J'ai aidé à former un groupe dans le comté de Pictou, où j'ai appris plus de mes pairs que je n'en avais appris au cours des douze années précédentes au sein de ce que j'appelle le « système officiel de santé mentale ». J'ai appris en écoutant d'autres personnes dire comment elles prenaient soin d'elles et ce qu'elles

some of them worked. The group experience led me to develop a personal recovery plan and in 1996, I went off my psychiatric medication. I am not an advocate of this generally, but I decided on this course because of concerns about long-term side effects. I have not taken any medication since then nor have I received any formal mental health treatment since the year 2000.

I want to talk to you a little bit about mental health promotion. I know we do not have a lot of time, so I will try to keep it brief.

The Centre for Health Promotion in Toronto encourages individuals and communities to take control over their lives. It also speaks to equity, social justice, personal dignity as well as a supportive environment and individual resilience. Some components of mental health promotion include maintaining a positive attitude, having fun, a proper diet and exercise and getting enough sleep. These very basic factors combined with knowledge of the illness can go a long way to promote your good mental health.

Last year, I had the good fortune to work with Doug Crossman in developing a mental health promotion strategy. We enhanced the existing website to reflect some basic but useful information pertaining to mental health promotion.

The toolkit is concerned with mental health promotion and we ask our consumers a number of questions, such as, "How do you know that you are assisting yourself in promoting your mental health?" "What does mental health promotion mean to you?" "Who in your life supports you the most in promoting your mental health?" "What resources exist in your community that help promote your mental health?" "What barriers exist in our community that prevent you from promoting your mental health?" "Which of the following do you consider most helpful in promoting your mental health: yourself, family member(s), friends, other consumers, social services and personnel, alternative or complementary therapists?"

We are heading in the right direction, but the subject needs more work and research.

In terms of the prevention of mental illness, we need to do a lot more work, but if we look at some of the determinants of health, it gives us an indication of what we can do now.

There are different definitions of recovery, but my business, The Empowerment Connection, defines recovery as,

Occurring when a person's psychiatric diagnosis or emotional and psychological trauma is no longer the central focus in that person's life, but simply becomes a part of who that person is.

faisaient pour maintenir une bonne santé mentale. J'ai essayé certaines de leurs méthodes, et quelques-unes ont fonctionné. Cette expérience en groupe m'a amené à élaborer un plan de guérison personnel, et, en 1996, j'ai cessé de prendre mes médicaments psychiatriques. En général, je ne le recommande pas, mais j'ai décidé de le faire parce que les effets secondaires à long terme m'inquiétaient. Je n'ai pas pris de médicaments depuis, et je n'ai reçu aucun traitement officiel de santé mentale depuis 2000.

Je veux vous parler un peu de la promotion de la santé mentale. Je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps, et c'est pourquoi je vais essayer d'être bref.

Le Centre for Health Promotion, à Toronto, encourage les particuliers et les collectivités à se prendre en main. De plus, il s'intéresse à l'équité, à la justice sociale, à la dignité humaine ainsi qu'à un milieu de soutien et à la résilience individuelle. Lorsqu'on fait de la promotion en santé mentale, il faut dire aux gens, entre autres, qu'ils doivent garder une attitude positive, s'amuser, bien manger, faire de l'exercice et bien dormir. Ces facteurs de base, combinés à la connaissance de la maladie, peuvent faire beaucoup pour promouvoir votre bonne santé mentale.

L'an dernier, j'ai eu la chance de travailler avec Doug Crossman dans l'élaboration d'une stratégie de promotion de la santé mentale. Nous avons amélioré le site Web existant en y affichant des renseignements de base, mais utiles, concernant la promotion de la santé mentale.

Le coffre à outils vise à faire la promotion de la santé mentale. Nous posons à nos clients un certain nombre de questions comme : « Comment savez-vous que vous vous aidez en prenant les mesures pour avoir une bonne santé mentale? » « Que signifie pour vous la promotion de la santé mentale? » « Qui, dans votre vie, vous aide le plus à promouvoir votre santé mentale? » « Quelles ressources existe-t-il dans votre collectivité pour vous aider à promouvoir votre santé mentale? » « Dans votre collectivité, quels obstacles vous empêchent de promouvoir votre santé mentale? » « Parmi les intervenants suivants, lesquels, selon vous, vous aident le plus à promouvoir votre santé mentale : vous-même, des membres de votre famille, des amis, d'autres bénéficiaires, les services sociaux et leur personnel, des thérapeutes parallèles ou complémentaires? »

Nous sommes sur la bonne voie, mais il faut travailler davantage et mener d'autres recherches sur le sujet.

En ce qui concerne la prévention de la maladie mentale, il nous reste beaucoup à faire, mais si nous examinons certains déterminants de la santé, on a une bonne idée de ce qu'on peut faire maintenant.

Il existe différentes définitions de la guérison. Mon entreprise, The Empowerment Connection, définit ce mot comme suit :

Lorsque le diagnostic psychiatrique ou le traumatisme affectif et psychologique d'une personne n'est plus le centre d'intérêt dans sa vie, mais devient simplement une partie de la personne.

We must remember that people also have to face the task of recovering from the effects of external and internalized stigma, learned helplessness, institutionalization, poverty, homelessness and the wounds of a broken spirit.

There has been a fair amount of research done since the late 1980s concerning recovery and I am pleased to say that a lot of the research has been done by consumers themselves. These findings indicate that approximately 50 per cent of individuals remain symptom-free or significantly improved at 20-, 30- and 40-year follow-ups.

There needs to be a strong therapeutic alliance between the consumer and the professional with whom they are dealing. Remember that recovery does not usually mean symptom-free and people can continue to experience symptoms but function quite well in their everyday lives.

Hope is a fundamental factor in the recovery process and connecting with others on a human level is very important.

These factors link closely to chronic disease prevention. The group method is an example of some of the work that will continue.

How do we get there in terms of paying more attention to mental health promotion, prevention and recovery?

I suggest three approaches: consumer involvement, peer support and destigmatization. One of the growing trends in policy development across the country is that of consumer participation, which includes peer support initiatives, mental health system planning and design, mental health system service provision, policy development and system evaluation.

There have been others like myself who have been at this for many years who have been promoting this approach and I am happy in one way to say that it is happening, certainly here in Nova Scotia and other provinces and territories across the country. However, a lot of the consumer involvement has been relegated to consultation, so more work has to be done in this area to give consumers a real voice and a real role within and outside the formal mental health system.

Recent research shows that peer support is not only critical to mental health transformation and recovery, but also important to mental health literacy and mental health promotion. We have some fine examples of successful consumer-run initiatives, many of which are in Ontario.

Two factors helped me and still guide me to this day. One is maintaining hope that I can get better, I can stay well, and the other is peer support. Those two factors were critical to my survival, to my getting well and to maintaining my mental health.

Nous ne devons pas oublier que les gens sont confrontés à un défi de taille : se rétablir des effets de la stigmatisation extérieure et intériorisée, de l'incapacité apprise, de l'institutionnalisation, de la pauvreté, de l'itinérance et des blessures d'une âme brisée.

Depuis la fin des années 80, on a mené beaucoup d'études sur la guérison. Je suis heureux de dire qu'un grand nombre d'entre elles ont été effectuées par les bénéficiaires eux-mêmes. Les conclusions révèlent qu'environ 50 p. 100 des personnes n'affichent aucun symptôme ou se sont beaucoup améliorées aux suivis de 20, de 30 et de 40 ans.

Une forte alliance thérapeutique doit unir le bénéficiaire et le professionnel qui s'occupe de lui. N'oubliez pas que la guérison ne signifie pas habituellement « absence de symptômes », et que les gens peuvent continuer d'avoir des symptômes, mais fonctionner très bien dans leur vie de tous les jours.

L'espoir est un facteur fondamental du processus de guérison. Il est très important de communiquer avec d'autres personnes.

Ces facteurs sont intimement liés à la prévention de la maladie chronique. La méthode de groupe constitue un exemple d'activités qui perdurera.

Mais comment devons-nous nous y prendre pour accorder plus d'attention à la promotion de la santé mentale, à la prévention de la maladie mentale et à la guérison?

Je suggère trois approches : la participation du bénéficiaire, le soutien par des pairs et la déstigmatisation. Au Canada, la participation du bénéficiaire est une tendance qui gagne en popularité dans le domaine de l'élaboration des politiques. Cette méthode comprend des initiatives de soutien par les pairs, la planification et la conception d'un système de santé mentale, la prestation de services dans le cadre du système de guérison mentale, l'élaboration de politiques et l'évaluation du système.

D'autres personnes comme moi, qui oeuvrent dans le domaine depuis de nombreuses années, vantent les mérites de cette approche. D'une certaine façon, je suis heureux de dire que cette méthode est appliquée ici, en Nouvelle-Écosse, assurément, et dans d'autres provinces et territoires du pays. Cependant, on a troqué une bonne partie de la participation des bénévoles contre la consultation. Par conséquent, on a encore du pain sur la planche dans ce domaine. Il faut donner aux bénéficiaires une voix et un rôle véritables au sein et à l'extérieur du système officiel de santé mentale.

Des études récentes révèlent que le soutien par les pairs est non seulement essentiel pour la transformation de la santé mentale et la guérison, mais qu'il est également important pour la connaissance et la promotion de la santé mentale. Nous avons quelques excellents exemples d'initiatives fructueuses qui sont dirigées par des bénéficiaires, dont bon nombre sont en Ontario.

Deux choses m'ont aidé et m'ont toujours guidé jusqu'à aujourd'hui. La première, c'est que je garde espoir que j'irai mieux, que je peux maintenir ma santé mentale, et la deuxième, c'est le soutien de mes pairs. C'est grâce à ces deux facteurs que j'ai pu survivre, que j'ai pu me rétablir et que j'ai pu maintenir une bonne santé mentale.

Stigma is another component of the problem and all of the efforts in mental health policy development, system reform, consumer and family member involvement will be unattainable without making some efforts to address the issues of stigma and discrimination.

The comments from fellow consumers is that we need to develop a national and provincial anti-stigma campaign while educating the media, the justice system, school teachers, students, politicians and policy makers.

I recommend the development of a national mental health strategy that uses existing mechanisms and structures; I do not see the need to create more bureaucracy. The incorporation of this strategy into a chronic disease prevention approach is important.

I recommend the increase in investments into mental health promotion, prevention and recovery. We need to ensure the meaningful participation of consumers in any national mental health strategy and/or policy development. There should be investment in and support of recommendations of such collaborative initiatives as the one outlined by Mr. Crossman. We must develop a national anti-stigma/discrimination campaign that will provide the public with ongoing information about the issues.

Mr. Stephen Ayr, Director of Research, Capital District Health Authority: I, too, am a mental health consumer and you can read about some of my story in my report.

What I want to talk about specifically is the fact that since January 11 of this year, I have involved in the strategic planning process within the Capital District Mental Health Program. I am very excited about this process and I have met some wonderful and gifted mental health consumers, family members, service providers and academics. I believe that it is a direct result of my involvement in strategic planning that Louise Bradley, Director of Mental Health and Forensic Services at Capital Health, asked me to speak to you on her behalf today. I thank Louise for this opportunity and hope that I can do justice to her request.

It is an honour to be speaking here today with Professor Aidan Stokes, acting head of the Department of Psychiatry at Dalhousie University.

I will address six items in response to your third report, *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*. On page 10 you ask,

Should the federal government (and each provincial/territorial government) establish a mental health/addiction advisory committee that is representative of a wide range of individuals with mental illness and addiction to facilitate the development of a patient-orientated system?

La stigmatisation est un autre aspect du problème. Tous les efforts déployés dans l'élaboration d'une politique de santé mentale, pour la réforme du système et pour la participation du bénéficiaire et des membres de la famille seront vains si on ne fait pas d'efforts pour aborder les problèmes de la stigmatisation et de la discrimination.

Des bénéficiaires que je connais m'ont dit que nous devons élaborer une campagne nationale et provinciale de lutte contre la stigmatisation tout en éduquant les médias, le système judiciaire, les enseignants, les étudiants, les politiciens et les décideurs.

Je recommande l'élaboration d'une stratégie nationale de santé mentale qui s'appuie sur des structures et mécanismes existants; je ne vois pas la nécessité de créer d'autres procédures bureaucratiques. Il est important d'intégrer cette stratégie à une approche de prévention de la maladie chronique.

Je recommande d'investir davantage dans la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie mentale et la guérison. Nous devons nous assurer que les bénéficiaires participeront concrètement à l'élaboration de toute stratégie ou politique nationale de santé mentale. On devrait investir dans des projets de collaboration comme celui présenté par M. Crossman, et appliquer les recommandations de telles initiatives. Nous devons élaborer une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation/discrimination au cours de laquelle on fournira continuellement au public de l'information sur les enjeux.

M. Stephen Ayr, directeur de la Recherche, Capital District Health Authority : Moi aussi, je suis traité en santé mentale. Vous pouvez lire une partie de mon histoire dans mon rapport.

Ce dont je voudrais vous parler précisément, c'est du fait que, depuis le 11 janvier dernier, je participe au processus de planification stratégique dans le cadre du programme de santé mentale de Capital District. Je suis très enthousiasmé par ce processus, et j'ai rencontré des bénéficiaires de soins de santé, des membres de la famille, des fournisseurs de service et des universitaires merveilleux et particulièrement doués. Je crois que c'est précisément parce que j'ai participé à la planification stratégique que Louise Bradley, directrice des Services de santé mentale et de médecine légale à Capital Health, m'a demandé de venir vous parler en son nom aujourd'hui. Je remercie Louise de m'avoir donné cette possibilité, et j'espère que je serai à la hauteur de sa demande.

C'est un honneur pour moi d'être ici aujourd'hui et de parler avec Aidan Stokes, chef intérimaire du département de psychiatrie de l'Université Dalhousie.

Je vais aborder six questions en réaction à votre troisième rapport intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*. À la page 10, vous posez la question suivante :

Le gouvernement fédéral et chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient-ils former un comité consultatif sur la santé mentale et la toxicomanie, qui serait représentatif d'un large éventail d'individus ayant une maladie mentale ou une toxicomanie pour faciliter la conception d'un système centré sur le patient?

My answer to that question is a resounding “yes” and I emphasize that such an advisory committee must have the authority to enforce recommendations. Additionally, in order to be person-centred and focused on recovery, there must be substantial legislated representation on the advisory committee by those who fully understand the issues and who live most directly with the results; that is, the end users of mental health services.

As one part of the strategic planning process within the Capital District Mental Health Program, there is a proposal for a new policy board, Koinonia. One of the proposed functions of Koinonia is to approve the Capital District Mental Health operating budget. The suggestion is that five consumers, representing 26 per cent to 33 per cent consumer involvement, sit on the 15- to 19-member board. The question is when a mental health Koinonia-like organization will exist for all of Nova Scotia and, for that matter, the entire country.

Item number two is funding for mental health services. Mr. Crossman spoke about this issue and I support his initiative.

I do want to make some recommendations following up on what Mr. Crossman and his group of collaborators, including myself, have developed. I recommend the development of a national response team to, first, hold a key stakeholder/ decision-maker response conference in Ottawa to advocate for the recommendations of the commission. I recommend the creation of a national mental health social marketing campaign to sustain attention to these mental health issues for a minimum of one year.

I recommend that the Public Health Agency of Canada, the new Health Council and Health Canada focus on primary health care renewal and position mental health issues as a necessary part of the emerging mandates.

I recommend the development of a research-based Canadian mental health development initiative to finance demonstration projects at the local health authority level.

In response to the question regarding “ring fencing” I will answer for Louise Bradley and say “yes,” there is indeed a requirement for protected funding of mental health services in Nova Scotia; that is, non-portable budgets. Furthermore, during the past 30 years, overall health budgets have grown substantially, but Nova Scotia’s mental health budget has grown at a much slower rate and the divergence is widening. The question is what is mental health’s fair share of the Nova Scotia health budget?

I am aware that protected funding is very difficult to maintain, and the problem is that if a protected budget starts out small, it remains small. However, despite the shortcomings and with due consideration of the flaws in such a system, we should have protected funding of mental health services in Canada.

À cette question, je réponds haut et fort « oui », et j’insiste pour dire qu’un tel comité consultatif doit avoir le pouvoir d’appliquer des recommandations. De plus, pour que le système soit centré sur le patient et sur la guérison, on doit prescrire, dans la loi, que le comité consultatif compte un nombre substantiel de personnes qui comprennent parfaitement les problèmes et qui vivent directement avec les résultats, c’est-à-dire les bénéficiaires de services de santé mentale.

Dans le cadre du processus de planification stratégique du programme de santé mentale de Capital District, on a proposé l’établissement d’un nouveau conseil de formulation de politiques, Koinonia. Selon la proposition, Koinonia aurait pour fonction, entre autres, d’approuver le budget de fonctionnement de Capital District Mental Health. On propose que cinq bénéficiaires siègent au conseil, qui serait composé de 15 à 19 membres, ce qui représente une participation de 26 à 33 p. 100 des bénéficiaires. La question à laquelle on n’a toujours pas répondu est la suivante : à quand une organisation de santé mentale de type Koinonia pour tous les Néo-Écossais, et, dans le cas qui nous occupe, tout le pays?

La deuxième question porte sur le financement des services de santé mentale. M. Crossman en a parlé, et j’appuie son initiative.

Je voudrais formuler quelques recommandations en réaction à ce que M. Crossman et son groupe de collaborateurs, moi y compris, ont élaboré. Je recommande la formation d’une équipe nationale d’intervention dans le but, premièrement, d’organiser à Ottawa une conférence réunissant des intervenants/décideurs clés qui feraient valoir les recommandations de la commission. Je recommande la création d’une campagne nationale de marketing social sur la santé mentale, afin d’attirer l’attention du public sur ces questions relatives à la santé mentale pendant au moins un an.

Je recommande que l’Agence de santé publique du Canada, le nouveau Conseil de la santé et Santé Canada se concentrent sur le renouvellement des soins de santé primaires et fassent de la santé mentale un volet obligatoire des nouveaux mandats.

Je recommande la mise au point d’une initiative canadienne de développement de la santé mentale fondée sur les recherches afin de financer des projets pilotes au niveau de la régie locale de la santé.

En réponse à la question relative à la réserve d’une part des transferts, je répondrai pour Louise Bradley et dirai « oui », il faut bel et bien réserver des fonds pour les services de santé mentale en Nouvelle-Écosse, c’est-à-dire des budgets non transférables. De plus, au cours des 30 dernières années, les dépenses publiques consacrées à la santé ont augmenté considérablement, mais la croissance du budget de santé mentale de la Nouvelle-Écosse a été beaucoup plus lente, et l’écart est de plus en plus grand. La question que l’on doit se poser, c’est : « quelle est la juste part de la santé mentale dans le budget de santé de la Nouvelle-Écosse? »

Je sais qu’il est très difficile de maintenir un financement réservé, et le problème, c’est que, si un budget réservé est mince dès le départ, il le restera. Toutefois, malgré les lacunes et compte tenu des failles d’un tel système, nous devrions réserver du financement pour les services de santé mentale au Canada.

The next issue is housing. I need not say anything more than if the issue of housing is not addressed, then it is unlikely that any provincial mental health reform will have an impact on the problem.

The fourth issue is the artificial division between youth and adult mental services. In your third report on page 11 you say,

Child and adolescent mental health services and supports have been called the "orphan's orphan" of the health care system

In Nova Scotia, on a per capita basis, the adult mental health system receives three times as much funding as for children and adolescents. I would like to see a removal of artificial divisions between youth and adult mental health services in this province.

Item number five is remuneration for consumer participation. This is in response to the question posed on page six of your report.

What are the incentives and should they be introduced into the system to stimulate the changes required to make the system truly patient/client oriented?

Yes, the system should introduce real incentives for consumer participation into the system. As a direct result of the strategic planning process, we have identified a number of priorities and moved forward with the development of a cooperative called the Citizens for Mental Health Cooperative. Mental health consumers operate this new cooperative. Enclosed in my report you will find a number of identified priorities of persons living with mental health issues, concerns, or brain disorders.

The sixth and final item I wish to address is that real mental health reform requires a cultural shift. Lesley Southwick-Trask has produced a document entitled *Healthy Minds Blueprint*, which I can provide to you if you so desire. She says that there is a fundamental disconnect among Nova Scotia government departments: the Department of Health, the Department of Community Services and the Office of Health Promotion and fractured non-government organizations and community groups. This disconnect has created significant blockages to recommendations that would improve the well-being of people living with mental health issues and mental illness. We need to address those issues I suggest that we establish an organization that can set strategic policy direction and resource allocations related to mental health in Nova Scotia, such as the previously discussed Koinonia organization.

I would like to thank the Committee for giving me this opportunity to present my views today and I certainly look forward to the committee's final report and the implementation of its recommendations.

Vous comprendrez très bien si je vous dis seulement que, si on ne règle pas la question du logement, il est fort probable que toute réforme provinciale de la santé mentale ne changera rien au problème.

La quatrième question a trait à la séparation artificielle des services de santé mentale offerts aux jeunes et de ceux dispensés aux adultes. À la page 11 de votre troisième rapport, vous mentionnez :

Les services et les moyens de soutien en santé mentale pour ce groupe (les enfants et les adolescents) ont été qualifiés de « parent pauvre du parent pauvre » du système de santé...

En Nouvelle-Écosse, le système de services de santé mentale pour les adultes reçoit, par habitant, trois fois plus de financement que le système destiné aux enfants et aux adolescents. J'aimerais qu'on cesse de séparer artificiellement les services de santé mentale aux jeunes des services aux adultes dans cette province.

La question numéro 5 porte sur la rémunération des bénéficiaires qui participent aux travaux. Je réponds ainsi à la question que vous posez à la page 6 de votre rapport.

Quels incitatifs sont envisageables et comment parvenir à les introduire dans le système pour provoquer les changements qui favoriseront un recentrage sur le patient/client?

Oui, le système devrait instaurer dans le système des mesures qui favoriseraient la participation des bénéficiaires. En conséquence directe du processus de planification stratégique, nous avons cerné un certain nombre de priorités et avons entrepris de mettre sur pied une coopérative que nous avons baptisée Citizens for Mental Health Cooperative. Ce sont des bénéficiaires de services de santé mentale qui exploitent cette nouvelle coopérative. Vous trouverez dans mon rapport un certain nombre de priorités cernées par des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des troubles cérébraux.

La sixième et dernière question que j'aimerais aborder, c'est que, si on veut vraiment réformer le système de santé mentale, il faut un changement de culture. Lesley Southwick-Trask a produit un document intitulé *Healthy Minds Blueprint*, que je peux vous fournir si vous le désirez. Elle dit qu'il y a un manque total de communication entre les ministères de la Nouvelle-Écosse : le ministère de la Santé, le ministère des Services communautaires et le Bureau de la promotion de la santé, ainsi que divers organismes non gouvernementaux et groupes communautaires. Ce manque de communication a entravé considérablement la mise en œuvre de recommandations qui permettraient d'améliorer le mieux-être de gens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Nous devons nous attaquer à ces problèmes. Pour ce faire, je suggère d'établir une organisation qui peut arrêter une orientation stratégique et affecter des ressources en ce qui a trait à la santé mentale en Nouvelle-Écosse, comme l'organisation Koinonia, dont on a discuté précédemment.

J'aimerais remercier le Comité de m'avoir donné l'occasion d'exprimer mes opinions aujourd'hui, et je suis vraiment impatient de lire le rapport final du Comité et de voir qu'on a appliqué ses recommandations.

Dr. Aidan Stokes, Acting Head, Department of Psychiatry, Dalhousie University: Mr. Chairman, I shall try to be brief. I have some notes, but I will send on these notes later on. I will not go through them in detail.

I support Dr. Ayr's submission and mention that the consumers transformed the strategic planning process. We generally look to consumers as consultants, but we quickly became aware that the consumers believed they had a key role in any planning process and they became extremely active in the process itself. The consumers peopled the committees, chaired the committees and vigorously debated how their contributions might help and have an impact. I have to say that the consumers seemed to have a much broader view of their needs than we professionals do. I think that the professionals, the NGOs, the administrators, the academics and so on all had some views on various approaches, but in terms of looking at the issues broadly, the consumers did it best.

In your report, you noted that we should be looking at something that should be recovery-based and consumer-focused. If we accept that consumers are the best source of information about their needs and their interests, this realization will not only affect the provision of care, but also will affect research and education. Consumers clearly wish to take an active role in the management of their health. What can be done in terms of prevention? What are the benefits of non-drug treatment activities, such as diet and exercise and alternative treatments, such as acupuncture and herbal remedies? If these are not successful, perhaps then they can go the route of pharmaco-therapeutic agents.

This has implications for our practice as professionals because we believe that we pay some attention to the healthy living approach, particularly in the management of depression and anxiety, but our knowledge of alternative treatments is minimal. For instance, we have some knowledge of St. John's Wort and its uses, and we know there is evidence to support the use of acupuncture for the treatment of depression, but for the most part we know very little of alternative treatments for mental health problems.

Do we have an obligation to research alternative treatments? I believe the answer is "yes."

How can we involve consumers in more effective education on the subject of mental health? There is probably some concern about stigma and on the power differential in getting our patients to speak to our students. Certainly, at the undergraduate level, it has a tremendous impact when we bring a consumer in to speak about a disorder or an illness, but we often do have concerns about exploitation of those individuals, and that often does limit participation.

Le Dr Aidan Stokes, chef par intérim, département de psychiatrie, Université Dalhousie : Monsieur le président, je vais essayer d'être bref. J'ai des notes, mais je vais vous les envoyer plus tard. Je ne les lirai pas en détail.

Je suis d'accord avec M. Ayr lorsqu'il dit que les bénéficiaires ont transformé le processus de planification stratégique. En général, nous voyons les bénéficiaires comme des gens qu'on peut consulter, mais nous nous sommes vite rendu compte qu'ils estimaient avoir un rôle clé à jouer dans tout processus de planification, et ils sont aujourd'hui extrêmement actifs dans le processus proprement dit. Les bénéficiaires siégeaient aux comités, présidaient les comités et avaient des débats enflammés sur la façon dont leur contribution pourrait aider et avoir un impact. Je dois dire que les bénéficiaires semblaient avoir une vision beaucoup plus large de leurs besoins que nous, les professionnels. Je pense que les professionnels, les ONG, les administrateurs, les universitaires, et ainsi de suite, avaient tous leur opinion sur diverses approches, mais ce sont les bénéficiaires qui avaient la vision la plus vaste des problèmes en question.

Dans votre rapport, vous avez signalé que nous devrions envisager de mettre en place un système axé sur la guérison et centré sur le bénéficiaire. Si nous admettons que les bénéficiaires constituent la meilleure source d'information au sujet de leurs besoins et de leurs intérêts, cette prise de conscience aura des répercussions non seulement sur la prestation des soins mais aussi sur la recherche et l'éducation. Les bénéficiaires souhaitent manifestement jouer un rôle actif dans la prise en charge de leur santé. Que peut-on faire pour améliorer la prévention? Quels sont les avantages d'activités de traitement non médicamenteux, comme la bonne alimentation, l'exercice et des traitements parallèles, comme l'acupuncture et les herbes médicinales? Si ces traitements ne fonctionnent pas, peut-être alors pourront-ils opter pour des agents pharmacothérapeutiques.

Cela a des conséquences sur notre pratique, en tant que professionnels, parce que nous croyons nous intéresser à l'approche du mode de vie sain, surtout pour la prise en charge de la dépression et de l'anxiété, mais nous en savons très peu sur les traitements parallèles. Par exemple, nous connaissons un peu le millepertuis et ses utilisations, et nous savons que des données scientifiques appuient l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement de la dépression, mais en général, nous ne savons pas grand-chose des traitements parallèles visant les problèmes de santé mentale.

Avons-nous l'obligation de faire des études sur les traitements parallèles? Je crois que la réponse est « oui ».

Comment pouvons-nous inciter les bénéficiaires à sensibiliser davantage les gens aux problèmes de santé mentale? Lorsque nos patients parleront à nos étudiants, il y aura probablement certaines préoccupations gravitant autour de la stigmatisation et du déséquilibre des pouvoirs. Assurément, au premier cycle, lorsqu'un bénéficiaire va parler à des étudiants du trouble ou de la maladie dont il souffre, cela a un impact énorme. Mais, souvent, on craint d'exploiter ces personnes, et cela limite la participation.

Of course, education of the public is another issue. My view is that the best anti-stigma tool is an active and credible consumer organization. If they go out and speak, that will really make a difference.

In terms of encouraging consumer participation, we must recognize the value of consumer input. We must hear from culturally diverse consumers and caregivers. One thing we are not very good at is involving the immigrant population.

We also have to recognize that consumer representatives may need training, education, and support in terms of doing their job well. There must be resources to support participation. The consumers need clearly delineated responsibilities and have their participation evaluated for efficiency. They should be remunerated. I support consumer involvement.

With regard to your recommendations, I urge that evidence inform any changes that you will make. The committee needs to refer to the principle of fairness and that means that there should be equity in access and equity in care to make sure we have well funded services.

We should integrate our services within the health care system and the community, and provide ready access to all the other forms of support, social services, education, housing, and justice that our consumers need.

The problem with ring fenced funding is that you start small and you stay small. We have not received the necessary percentage of funds. I think that if it is suggested that there will be increments to funding that will come specifically for mental health, I think that would be fine, but it certainly should remain within the health budget. If, in fact, there is support from the federal government with respect to mental health and it is linked to mental health, that would be optimal, but I have some concerns about a discrete budget because sometimes it is capped, whereas the other parts of the budget tend to increase.

Mr. Chairman: I would like to respond to a couple of points that two or three of you raised. One is with respect to the ringed fencing idea. I understand the fears with regard to ringed fencing or protected funding and agree that it is not the proper strategy. It might not be the proper strategy but it might be necessary in order to get the process started. That is the risk of doing things with the status quo.

A couple of you recommended a national response team, which I interpret to mean that there needs to be some way of getting organizations, NGOs and others, involved in pressuring governments to implement a lot of the thing that we recommended. Obviously, we cannot very well do that. I mean, we cannot organize our own lobby group in favour of ourselves, as much as we would like to. I say that as a challenge to the NGOs in the country. What happens to our report when it is out will

Bien sûr, l'éducation du public est un autre problème. Selon moi, le meilleur instrument de lutte contre la stigmatisation est une association de bénéficiaires active et crédible. S'ils sortent et vont parler aux gens, ça fera vraiment une différence.

Pour ce qui est de favoriser la participation des bénéficiaires, nous devons reconnaître la valeur de leurs commentaires. Nous devons écouter des bénéficiaires et des soignants de différentes cultures. Jusqu'ici, nous n'avons pas vraiment fait appel à la population immigrante.

Nous devons aussi reconnaître que les représentants des bénéficiaires pourraient avoir besoin de formation, d'éducation et de soutien pour bien faire leur travail. Il doit y avoir des ressources pour soutenir la participation. On doit délimiter clairement les responsabilités des bénéficiaires, et on doit évaluer l'efficacité de leur participation. Ils doivent être rémunérés. Je suis favorable à la participation des bénéficiaires.

En ce qui a trait à vos recommandations, je vous exhorte à documenter tous les changements que vous apporterez. Le Comité doit s'appuyer sur le principe d'équité, et cela signifie que, si nous voulons nous assurer de bien financer nos services, l'accès et les soins doivent être les mêmes pour tout le monde.

Nous devrions intégrer nos services au système de soins de santé et à la collectivité, et permettre un accès facile à toutes les autres formes de soutien, de services sociaux, d'éducation, de logement et d'aide juridique dont nos bénéficiaires ont besoin.

Le problème, avec le financement distinct réservé, c'est qu'on commence avec peu de fonds, mais qu'on reste à ce niveau. Nous n'avons pas reçu le pourcentage nécessaire de fonds. Je pense que, si on laisse entendre qu'on augmentera le financement consenti spécifiquement pour la santé mentale, je pense que ce serait bien, mais cette enveloppe devrait sans contredit rester dans le budget de la santé. Si, en fait, le gouvernement fédéral offre une aide financière en ce qui a trait à la santé mentale et qu'elle est bel et bien liée à la santé mentale, ce serait optimal, mais j'ai certaines réserves quant à l'idée d'établir un budget distinct, parce que, parfois, on impose un plafond à ce type de budget, alors que les autres parties du budget ont tendance à augmenter.

Le président : J'aimerais réagir à quelques arguments que deux ou trois d'entre vous avez avancés. Le premier concerne la notion de financement réservé. Je comprends que vous ayez peur qu'on mette en place un financement réservé ou distinct, et je conviens que ce n'est pas la bonne solution. Ce n'est peut-être pas la bonne solution, mais elle pourrait être nécessaire si l'on veut amorcer le processus. C'est le risque auquel on s'expose lorsqu'on veut changer le statu quo.

Certains d'entre vous ont recommandé la mise sur pied d'une équipe nationale d'intervention. Je comprends par là que vous voulez trouver une façon d'inciter les organisations, les ONG et d'autres entités à exercer des pressions sur les gouvernements pour qu'ils appliquent nos recommandations. Manifestement, nous ne pouvons pas vraiment faire ça. Je veux dire, nous ne pouvons pas former comme nous le voulons notre propre groupe de lobby qui parlerait en notre faveur. C'est en quelque sorte un défi que je

depend very much on the extent to which the NGOs themselves can get organized and conduct a national lobby campaign.

One of you commented on the role of consumers in anti-stigma campaigns. We agree with you absolutely. I agree with the proposal of evidence-based research, the very best anti-stigma campaign ever was in Australia, where the spokespersons were consumers. In fact, in a couple of cases, it was quite clever because they told a story in which there was no mention of them being a mental health consumer until the very last five seconds of the ad, which made it very effective. You are 100 per cent correct on that point.

Mr. Ayr you suggest to remove the artificial barrier between youth and adult services. On Friday, the people working in the area of children with mental health issues said that there is more similarity between child psychologists and paediatricians, a much greater commonality of interests and experience, than there is between child and adult psychiatrists. They argue for a different dividing line. They would have the dividing line between all of children's services, mental or physical, and all of adult services, mental and physical.

I started life as an academic, as did a number of other committee members, so we understand the importance of evidence-based practices. I agree that is where we have to go, but I think we have to be very careful that we do not go there right off the bat. At this beginning stage if we require that everything be totally evidence-based it will slow down the process. If we have to wait for all of the evidence we will never get anything accomplished because, as you know, there is very little research on this subject. We do not know what works and what does not work other than anecdotal evidence, and so on.

Having put forth the topics of evidence-based practices and youth versus adult mental health services, I would like to hear people comment and then I will turn it over to Senator Cook.

Dr. Stokes: With regard to the evidence-based question, if the evidence is not there, if it cannot be evidence-based, then let us go to best practices if that is what we have, and I think we do have best practices for most things.

With regard to the cut off in terms of child and adolescent, the difficulty, of course, is that the most serious illnesses, such as schizophrenia, depression and bipolar disorder, do not wait until

lance aux ONG du pays. Ce qu'il adviendra de notre rapport après sa publication dépendra beaucoup de la mesure dans laquelle les ONG pourront s'organiser et mener une campagne nationale de lobbying.

L'un d'entre vous a parlé du rôle des bénéficiaires dans les campagnes de lutte contre la stigmatisation. Nous sommes parfaitement d'accord avec vous. Je suis d'accord avec la proposition selon laquelle on devrait mener des recherches fondées sur les données. La meilleure campagne de lutte contre la stigmatisation à avoir jamais été menée a été instaurée en Australie, où les porte-parole étaient des bénéficiaires. En fait, dans un certain nombre de cas, c'était assez brillant, parce qu'ils ont raconté une histoire dans laquelle on ne mentionnait pas qu'ils recevaient des soins en santé mentale, et ce, jusqu'aux cinq dernières secondes de la publicité. Elle a été très percutante. Vous avez entièrement raison sur ce point.

Monsieur Ayr, vous proposez de supprimer la barrière artificielle entre les services destinés aux jeunes et les services destinés aux adultes. Vendredi, les gens qui travaillent avec des enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale ont dit que les pédopsychologues et les pédiatres se ressemblent plus, et ont une plus grande communauté d'intérêts et d'expériences que les pédopsychiatres par rapport aux psychiatres pour adultes. Ils voudraient une ligne de démarcation différente. Ils traceraient la ligne de démarcation entre tous les services destinés aux enfants, services mentaux ou physiques confondus, et tous les services pour adultes, services mentaux et physiques confondus.

J'ai commencé ma carrière comme universitaire, à l'instar d'un certain nombre d'autres membres du Comité, et c'est pourquoi nous comprenons l'importance des pratiques fondées sur les données. Je conviens que c'est là notre objectif, mais je crois que nous devons faire très attention à ne pas commencer dès maintenant. Comme le système n'en est qu'à ses premiers balbutiements, si nous exigeons que tout soit entièrement fondé sur des données probantes, ça ralentira le processus. Si nous devons attendre toutes les données, nous ne ferons jamais rien parce que, comme vous le savez, il y a très peu d'études qui ont été faites à ce sujet. Nous ignorons ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas outre les données empiriques, et ainsi de suite.

Ayant abordé la question des pratiques fondées sur des données probantes et celles de la démarcation des services de santé mentale destinés aux jeunes et des services dispensés aux adultes, j'aimerais entendre vos commentaires, et ensuite, je céderai la parole au sénateur Cook.

Le Dr Stokes : En ce qui concerne la question des pratiques fondées sur les données probantes, si les données n'existent pas, si la pratique ne peut être fondée sur des données probantes, il faudrait pouvoir adopter des pratiques exemplaires si c'est ce que nous avons, et je pense que nous en avons pour la plupart des choses.

Pour ce qui est de la démarcation entre les enfants et les adolescents, la difficulté, bien sûr, c'est que la plupart des maladies graves, comme la schizophrénie, la dépression et le

adulthood, but arrive during adolescence when their impact is actually much greater. I think that there has to be a link and support at that crucial time in a person's development.

We have an unusual situation here in Halifax where if at 16 years you fall and break a leg, you go to the Queen Elizabeth II, but if you have a mental health problem, you go to the Izaak Walton Killam, IWK hospital. God help you if both of those things happen at the same time.

The Chairman: You send your leg to one place and your mind to the other.

Dr. Stokes: Clearly, there is concern about the access to services for children and adolescents. Mr. Crossman mentioned the figure of 40 per cent. Well, of course, for children and adolescents, it is down to 20 per cent; less than one of five children, who require care, receives that care. So, that is an area that needs attention.

The Chairman: In at least two provinces, of which Ontario was one, if you are 16 or under, you are eligible for Children's Aid and a variety of things. If you are 19 or over, you are eligible to be treated by the adult assistance program. If you are 17 or 18, you are not eligible for coverage.

Dr. Stokes: Yes, and nobody wants to know about that problem.

The Chairman: Do they actually have such cases? What do you do with someone receiving publicly funded treatment until 16 years of age and then is ineligible for treatment at 17 and 18 years of age? Does that happen in Nova Scotia?

Dr. Stokes: No.

The Chairman: It is true in Alberta and Ontario.

Dr. Stokes: I think it is in terms of support from community services they are legislated to go to age 19, but they have to do it until age 16 and may do it subsequently; "may" meaning, "No, go away."

The Chairman: So in practice, it is the same situation.

Dr. Stokes: It is somewhat the same.

The Chairman: De jure and de facto, right.

Dr. Stokes: Yes.

Mr. Ayr: I want to make a comment on evidence-based practices versus "practice-based evidence." That term means that we go ahead, try something out, and see if it works and then obtain the evidence. This dichotomy needs more debate.

Dr. Stokes addressed the issue of adult and youth mental health services, and Louise Bradley would like to see this artificial line between youth and adult mental health services removed for a

trouble bipolaire, n'attendent pas à l'âge adulte pour se manifester; elles apparaissent pendant l'adolescence, à un moment où leur impact est beaucoup plus grand. Je crois qu'on doit prévoir des mesures de soutien en cette période cruciale du développement de la personne.

Ici, à Halifax, nous nous trouvons dans une situation inhabituelle. Si, à 16 ans, vous tombez et vous vous cassez une jambe, vous allez à Queen Elizabeth II, mais si vous souffrez d'un problème de santé mentale, vous allez à l'hôpital Izaak Walton Killam, IWK. Malheur à vous si ces deux choses vous arrivent en même temps.

Le président : Vous envoyez votre jambe à un endroit et votre cerveau à l'autre.

Le Dr Stokes : Manifestement, on est préoccupé par l'accès aux services des enfants et des adolescents. M. Crossman a mentionné une statistique, 40 p. 100. Eh bien, en ce qui concerne les enfants et les adolescents, bien sûr, ce chiffre baisse à 20 p. 100; moins de un enfant sur cinq qui a besoin de soins en reçoit. Donc, c'est un problème auquel nous devons porter attention.

Le président : Dans au moins deux provinces, dont l'Ontario, si vous avez 16 ans ou moins, vous êtes admissible à la protection de l'enfance et à d'autres choses. Si vous avez 19 ans ou plus, vous pouvez être traité dans le cadre du programme d'aide aux adultes. Si vous avez 17 ou 18 ans, vous n'êtes pas couvert.

Dr Stokes : Oui, et personne ne veut entendre parler de ce problème.

Le président : Mais de tels cas existe-t-il vraiment? Qu'advient-il de la personne qui reçoit des traitements financés par le gouvernement jusqu'à l'âge de 16 ans et qui, à l'âge de 17 et de 18 ans, n'y est plus admissible? Est-ce que ça arrive en Nouvelle-Écosse?

Le Dr Stokes : Non.

Le président : Mais c'est le cas en Alberta et en Ontario.

Le Dr Stokes : Je crois que, selon la loi, elles sont tenues d'assurer des services communautaires jusqu'à l'âge de 19 ans, mais officiellement, elles sont tenues de le faire jusqu'à l'âge de 16 ans, et peuvent le faire par la suite; mais « peuvent », ça veut dire qu'elles ne le font pas du tout.

Le président : Donc, en pratique, c'est la même situation.

Le Dr Stokes : C'est à peu près la même chose.

Le président : De droit et de fait, exactement.

Le Dr Stokes : Oui.

M. Ayr : J'ai quelque chose à dire au sujet des pratiques fondées sur les données probantes par rapport aux « données fondées sur la pratique ». Cette expression signifie que nous agissons, essayons quelque chose, et voyons si ça fonctionne, et ensuite, on obtient des données. On doit débattre davantage de cette dichotomie.

Le Dr Stokes a abordé la question des services de santé mentale dispensés aux adultes et aux jeunes, et Louise Bradley aimerait qu'on élimine cette démarcation artificielle pour un certain

number of reasons. Ms. Bradley believes that individuals fall through the cracks, and that the youth services and the adult services fight over the same limited resources.

I mentioned that adult services on a per capita basis receive three times more funding than the youth services. We need to take a closer look at this and one of the ways to do that is to remove that artificial division.

Personally, I became ill for the first time as a 13-year old and did not know it and it was not until my third year in university that I became very seriously ill and had to seek treatment. Had I known prior to that and if there had been some kind of an integrated service in place, perhaps my route to wellness might have been different.

Mr. Galipeault: Pertaining to the evidence-based practice, I think we have to be careful when we talk about evidence-based and best practices. From my perspective, according to whom is it a matter of evidence-based and best practice?

This whole best practice approach scenario was developed in the 1990s by academics and mental health professionals. The reason I say we have to be careful is I want to know if consumers are involved in the research, and who is driving that research?

A literature review is one of the beginning points to research. A literature review does not capture the anecdotal evidence that consumers have and can contribute to research, things like story telling. I add this as a note of caution because often the consumer voice is not heard because of the method that is used.

Mr. Crossman: I work in a formal system and the quality assurance business and I am constantly inundated with requests about, "Is this evidence-based, what you are going to do?" You go through that kind of organizational discussion in regards to what you are doing. To me, the whole evidence industry has become just that and sometimes I worry about the tail wagging the dog. The more we silo services, the greater that industry will grow because there will be a greater focus on each piece of research.

Back in the late 1970s or early 1980s, the Canadian Mental Health Association was talking about the "framework for support," but they were really talking about social determinants. They recognized that employment, housing, social support and education probably make a difference to a persons mental health.

There is considerable evidence that those determinants have an impact on all the population and the new evidence shows that poor overall health is killing mental health consumers, not mental illness.

nombre de raisons. Mme Bradley estime que les gens se perdent dans les failles du système, et que les services destinés aux jeunes et les services visant les adultes se disputent les mêmes ressources limitées.

J'ai mentionné que les services destinés aux adultes reçoivent, par habitant, trois fois plus de financement que les services aux jeunes. Nous devons examiner ce problème de plus près, et l'une des façons de le faire, c'est d'éliminer la démarcation artificielle.

Je suis moi-même tombé malade pour la première fois lorsque j'avais 13 ans. Je ne le savais pas, et ce n'est qu'à ma troisième année à l'université que je suis tombé gravement malade et que j'ai dû demander des traitements. Si j'avais su avant que j'étais malade, et s'il y avait eu une forme quelconque de services intégrés en place, peut-être que mon cheminement vers le mieux-être aurait été différent.

M. Galipeault : En ce qui concerne la pratique fondée sur les données, je crois que nous devons être prudents lorsque nous parlons de pratiques fondées sur les données probantes et de pratiques exemplaires. Ce que je me demande, c'est qui décide s'il s'agit d'une pratique fondée sur les données probantes ou d'une pratique exemplaire?

Tout ce scénario de pratiques exemplaires a été élaboré dans les années 90 par des universitaires et des professionnels en santé mentale. Je vous dis que nous devons faire attention parce que je veux savoir si les bénéficiaires participent aux recherches et qui les dirige.

L'analyse documentaire constitue l'une des premières étapes de la recherche. Au cours d'une telle analyse, on ne recueille pas les données empiriques que peuvent fournir les bénéficiaires, comme l'histoire qu'ils peuvent raconter. C'est une mise en garde que je vous fais parce que, souvent, on n'écoute pas les bénéficiaires à cause de la méthode employée.

M. Crossman : Je travaille dans un système officiel et dans le secteur de l'assurance de la qualité, et je suis constamment inondé de questions du genre : « Est-ce que c'est fondé sur des données probantes, qu'allez-vous faire? » On s'engage dans ce genre de discussion organisationnelle sur ce qu'on fait. Selon moi, c'est là qu'on en est rendu. Parfois, j'ai peur que la queue ne commande pas la tête. Plus nous cloisonnons les services, plus l'industrie des données prendra de l'expansion, parce que chaque recherche suscitera beaucoup d'intérêt.

À la fin des années 70 ou au début des années 80, l'Association canadienne pour la santé mentale parlait du « cadre de soutien », mais ce dont elle parlait vraiment, c'était des déterminants sociaux. Elle reconnaissait que l'emploi, le logement, le soutien social et l'éducation avaient probablement des répercussions sur la santé mentale des gens.

Beaucoup d'études ont prouvé que ces déterminants ont un impact sur l'ensemble de la population, et de nouvelles recherches révèlent que les bénéficiaires de services de santé mentale meurent parce que leur état de santé général n'est pas bon, et non pas à cause de la maladie mentale proprement dite.

If we really want to use evidence, let us focus on the organization of public services. Is there any evidence for not integrating a range to focus on individuals in the population? I think there is incredible evidence. The practice is totally different. I think evidence is a complex issue, but it has to be based on the population and what keeps you well.

On the other hand, not to contradict myself, I have to agree with Dr. Stokes that you just cannot do anything to anybody. There has to be accountability and restrictions.

To follow through on alternative practices, we run volunteer auricular acupuncture groups in our clinic. There are not many trained acupuncture psychologists, but we do have some in our clinic. We know that our consumers suffer from sleep disorders and anxiety and we have turned to acupuncture to find a remedy for those ailments.

There is a bit of evidence in the literature, but we went to the practice-based evidence first. We decided to try the acupuncture with the realization that it could not kill anyone, we hoped.

The practice-based evidence showed that sleep disruptions and anxiety decreased dramatically with individuals consistently involved in that program a couple of times a week. These were mental health consumers, not people simply worried about whether their car got washed this week or something, but people with real issues. So, there is a sense that we have to experiment at the same time as we have to protect consumers so that what we are applying is not in the realm of fantasy, that there are some restrictions on what we do in the health business.

The Chairman: We totally agree with you that the problem is that the vertical organization of the government is out of step with the horizontal services.

Val Traversy has been doing some work with you and he and I both know how impossible it is to reorganize big governments, so let us begin by looking on the ground.

I would like you to think about how to provide those services on the ground. Forget about all the stuff that is going on up above you. Consider instead if it is, possible to create the needed interdisciplinary structure.

If we are going to make a change, it has to be what we used to call in the old days "street smart." It has to be doable on the ground. We will worry about the big guys whose noses are out of joint, but we have to know it works on the ground.

Senator Cook: Mr. Crossman you referred to new public health and you talked about practice-based evidence, which I find very interesting.

Si nous voulons vraiment utiliser des données, concentrons-nous sur l'organisation des services publics. Est-ce que des données devraient nous inciter à ne pas intégrer une gamme de services ciblant diverses personnes dans la population? Je crois qu'il y en a énormément. La pratique est totalement différente. Je crois que la question des données est complexe, mais elle doit se fonder sur la population et sur ce qui fait que les gens demeurent en santé.

Par ailleurs, pour ne pas me contredire, je dois être d'accord avec le Dr Stokes lorsqu'il dit qu'on ne peut simplement pas faire n'importe quoi pour n'importe qui. On doit rendre des comptes, et il doit y avoir des restrictions.

Revenons à la question des pratiques parallèles. Dans notre clinique, nous organisons bénévolement des groupes où l'on fait de l'acupuncture auriculaire. Il n'y a pas beaucoup de psychologues acupuncteurs dûment formés, mais nous en avons un certain nombre dans notre clinique. Nous savons que nos clients souffrent de troubles du sommeil et d'angoisse, et nous nous sommes tournés vers l'acupuncture pour trouver un remède à ces malaises.

La documentation fournit quelques données à ce sujet, mais nous avons d'abord utilisé des données fondées sur la pratique. Nous avons décidé d'essayer l'acupuncture lorsque nous avons réalisé que cette pratique ne pouvait tuer personne, du moins l'espérons-nous.

Les données fondées sur la pratique ont révélé que les troubles du sommeil et l'angoisse avaient diminué de façon spectaculaire chez les personnes qui recouraient constamment à cette pratique quelques fois par semaine. Il s'agissait de bénéficiaires de services de santé mentale, et non pas de personnes qui étaient préoccupées simplement parce qu'elles ne savaient pas si elles allaient faire laver leur auto cette semaine-là, ou autre chose du genre, mais de gens qui avaient de vrais problèmes. Donc, nous avons l'impression qu'il faut faire des expériences tout en protégeant nos bénéficiaires de façon que nos méthodes ne relèvent pas de la chimère, et qu'il existe des restrictions quant à ce que nous faisons dans le domaine de la santé.

Le président : Nous sommes entièrement d'accord avec vous : le problème, c'est que l'organisation verticale du gouvernement ne concorde pas avec les services horizontaux.

Val Traversy a travaillé avec vous. Nous savons lui et moi que c'est une utopie de vouloir restructurer un gros gouvernement. Donc, commençons par la base.

J'aimerais que vous réfléchissiez à la façon dont on pourrait offrir ces services à la base. Oubliez tout ce qu'il y a au-dessus de vous. Demandez-vous plutôt s'il est possible de créer la structure interdisciplinaire nécessaire.

Il faut changer ce qu'on appelait anciennement « le terrain ». On doit pouvoir le faire sur le terrain. On aura peur d'affronter les gros gars au nez fracturé, mais nous devons savoir si ça fonctionne sur le terrain.

Le sénateur Cook : Monsieur Crossman, vous avez parlé d'une nouvelle politique de santé publique et des données fondées sur la pratique. J'ai trouvé votre exposé très intéressant.

Should the mental wellness aspect of this study be an integral part of the new public health or should it be a stand-alone mental health/mental illness piece?

I understand the need for cross-sector collaboration, and I was encouraged by your talk about the rural factor, as I come from Newfoundland. You talked about the Canadian Heart Health Initiative.

Yes, any strategy must be consumer-driven. This is generally agreed.

Well, that was my daughter's first job in Newfoundland when she graduated from university. She loved every minute of it and met many people.

I want to know what you do after the initiative. It was a good program and the outcomes were good. You said that the initial uptake would be by the provinces that feel that such an investment is necessary to their health plan. You either use it or lose it. So, all of that wonderful information about better living may or may not be used by the province depending on how much money is in the budget, I would suspect.

My provocative question is what impact does the justice system have on mental health and mental illness? I sometimes hear that our jails are becoming the mental institutions that we depopulated in the 1970s, and I wonder what we will do with that problem.

These are my observations and my questions. I am concerned about federal programs with wonderful initiatives and great outcomes and whether, based on the whim of the provinces, they go anywhere. What have we learned? A lot of time, money and effort go into these initiatives.

Mr. Crossman: In terms of sustainability, the Heart Health Initiative ran from 1989-02. A considerable amount of money went into the process and it was very successful. The Canadian Heart Health Initiative presented a new way of doing business, a new way of looking at the world and a new way of organizing resources to meet the needs of the population.

The politics of why things do and do not survive, I will leave to the politicians to figure out, but here in Nova Scotia, other priorities such as the tremendous demand for shorter waiting lists and shortages of professionals are very important issues.

I am not suggesting that at the next First Ministers Conference, you say, "All in favour, put up your hands," and if you get two hands, you go ahead. I am looking at the idea of recommending some demonstration projects. Senator Kirby is right that we have to reorganize things on the ground and I think if we do that, then we hope money will flow.

L'aspect de cette étude qui porte sur le mieux-être mental devrait-il faire partie intégrante de la nouvelle politique de santé publique, ou devrait-il constituer en soi une politique sur la santé mentale/la maladie mentale?

Je comprends que la collaboration intersectorielle est nécessaire, et vos observations sur le facteur rural m'ont interpellée, étant donné que je viens de Terre-Neuve. Vous avez parlé de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire.

Oui, toute stratégie, quelle qu'elle soit, doit venir du bénéficiaire. On s'entend généralement pour dire ça.

Eh bien, c'était le premier emploi que ma fille a décroché à Terre-Neuve lorsqu'elle a obtenu son diplôme de l'université. Elle en a savouré chaque minute, elle a rencontré beaucoup de gens.

Je veux savoir ce que vous ferez après l'initiative. C'était un bon programme, et les résultats ont été probants. Vous avez dit que les provinces qui jugent qu'un tel investissement dans leur régime de santé est nécessaire l'adopteront en premier. On doit l'utiliser, faute de quoi on risque de le perdre. J'imagine que la province pourrait ou non utiliser toutes ces merveilleuses informations sur un mode de vie plus sain, selon la taille du budget.

Voici la question qui tue : quelles sont les répercussions du système judiciaire sur la santé mentale et la maladie mentale? Parfois, j'entends dire que nos prisons sont devenues les institutions psychiatriques que nous avons vidées dans les années 70, et je me demande ce que nous allons faire de ce problème.

Ce sont là mes observations et mes questions. Je m'interroge au sujet de programmes fédéraux qui font miroiter de merveilleuses initiatives et de magnifiques résultats, et je me demande, étant donné qu'ils sont soumis au bon vouloir des provinces, s'ils iront quelque part. Qu'avons-nous appris? Beaucoup de temps, d'argent et d'efforts sont consacrés à ces initiatives.

M. Crossman : Pour ce qui est de la durabilité, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire a duré de 1989 jusqu'à 2002. On a injecté beaucoup d'argent dans le processus, et on a remporté un vif succès. L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire présentait une nouvelle façon de faire les choses, une nouvelle façon de voir le monde et une nouvelle façon d'organiser les ressources pour répondre aux besoins de la population.

Quant à savoir pourquoi certaines choses durent et d'autres pas, je laisse le soin aux politiciens de le découvrir, mais ici, en Nouvelle-Écosse, d'autres priorités, comme la réduction des listes d'attente et l'élimination des pénuries de professionnels, qui font l'objet de nombreuses demandes, constituent des questions très importantes.

Je ne veux pas dire que, à la prochaine conférence des premiers ministres, vous devriez dire : « Tous ceux qui sont en faveur de ce programme, levez la main », et que, si deux mains se lèvent, vous devriez aller de l'avant. J'étudie l'idée de recommander des projets pilotes. Le sénateur Kirby a raison lorsqu'il dit que nous devons réorganiser les choses sur le terrain, et je crois que si nous faisons cela, nous devons espérer que l'argent viendra.

The Hearth Health Initiative indicated that to address such topics as mental health, public health, addictions and so on in terms of silos is fundamentally wrong. It does not work; however, it does not take away from the fact that we need specialized services. If I am having a heart attack, and no offence to Dr. Stokes, I do not want him coming to my rescue. We need specialized services in our health care system. That is not the argument. We simply need a better balance in our system. I think if we look at addressing the broader health issues, we have to come up with structures that flatten the silos.

Separate funding has not worked in Nova Scotia. We already have separate funding. We have non-portable, separate funding that comes to us every year. Our allocation of resources per need in the population has not increased. I am not particularly open to the idea of creating some sort of stovepipe that money may or may not come down over time. I think that we have to organize differently the way we think about health problems first.

Your question concerning justice revolves around the youth question. What we end up doing is a lot more work that is intersectoral. We have to bring a range of agencies together to figure out what to do with this kid because it involves community service, justice is involved, health and maybe even schools and so on.

You suggested the idea that we are filling our prisons up with people with mental health problems. When people commit crimes, they commit them for various reasons. It is likely that many people in many institutions do not receive the support and care that they need.

If you are asked me if I would recommend more funding for the inmates at the cost of a trade-off with another program I would have to think about it. There is no question that it comes down to is trade-offs in our present system. If we do not give funds to shorten the waiting list at one of our largest hospitals in the province, then we cannot give funds to somebody else. We need to reorganize services and funding and I think the federal government can support that because if I end up arguing with the representative from justice, I may win, he may win, but somebody loses and that is fundamentally how the system is set up.

Dr. Stokes: With respect to the prisons, I think it has to be accepted that most of the people in prison are not very well adjusted and that is one of the reasons they are in prison. If you look at that population, I guess "mentally handicapped" is the significance of that dual diagnosis. Concurrent disorders with drug and alcohol abuse are a major issue and our mental health services in the prisons are not as good as they should be, and I agree that they need attention. The federal government is generally responsible for the penitentiaries.

The Chairman: Oh, absolutely.

L'Initiative en santé cardiovasculaire a révélé qu'on a profondément tort de cloisonner des sujets comme la santé mentale, la santé publique, la toxicomanie, et ainsi de suite. Ça ne fonctionne pas. Cependant, ça n'empêche pas que nous avons besoin de services spécialisés. Si je faisais une crise cardiaque, et sans vouloir vous offenser, docteur Stokes, je ne voudrais pas que vous veniez à mon secours. Nous avons besoin de services spécialisés dans notre système de santé. Là n'est pas la question. Nous devons simplement mieux équilibrer notre système. Je crois que, si nous voulons régler les grands problèmes de santé, nous devons proposer des structures qui éliminent le cloisonnement.

Le financement distinct n'a pas fonctionné en Nouvelle-Écosse. Nous avons déjà du financement distinct. On nous verse chaque année du financement distinct et non transférable. On n'a pas accru notre affectation de ressources selon le besoin dans la population. Je ne suis pas particulièrement ouvert à l'idée de créer un genre de système cloisonné dans lequel on ne serait pas certain d'obtenir l'argent d'une année à l'autre. Je crois que nous devons d'abord changer la façon dont nous réfléchissons aux problèmes de santé.

Votre question concernant la justice gravite autour de la question relative aux jeunes. Nous finissons par faire beaucoup plus de travail intersectoriel. Nous devons réunir un éventail d'organismes pour déterminer ce qu'on doit faire avec tel ou tel enfant parce que ça concerne le service communautaire, la justice, la santé, et peut-être même les écoles, et ainsi de suite.

Vous avez laissé entendre que nos prisons sont remplies de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Lorsque les gens commettent un crime, ils le font pour diverses raisons. Il est probable que bien des gens dans bien des établissements n'obtiennent pas le soutien et les soins dont ils ont besoin.

Si vous me demandiez si je recommanderais qu'on donne plus d'argent pour les détenus en puisant dans le financement d'un autre programme, il faudrait que j'y réfléchisse. Il ne fait aucun doute que, dans notre système actuel, il faut faire des compromis. Si nous ne donnons pas d'argent pour réduire la liste d'attente de l'un des plus gros hôpitaux de la province, alors on ne peut pas donner d'argent à quelqu'un d'autre. Nous devons restructurer les services et le financement, et je pense que le gouvernement fédéral peut nous appuyer dans cette démarche, parce que si je me retrouve à plaider ma cause auprès du représentant de la justice, je pourrais gagner, il pourrait gagner, mais quelqu'un devra perdre, et c'est fondamentalement comme ça que le système a été conçu.

Le Dr Stokes : En ce qui concerne les prisons, je crois qu'on doit admettre que la plupart des gens en prison ne sont pas vraiment stabilisés, et c'est l'une des raisons pour lesquelles ils sont en prison. Si on regarde cette population, j'imagine que le diagnostic mixte revient à dire qu'ils sont des « handicapés mentaux ». Les troubles concomitants associés à la toxicomanie et à l'alcoolisme constituent un problème majeur, et nos services de santé mentale offerts dans les prisons ne sont pas aussi bons qu'ils devraient l'être, et je conviens qu'il faut y voir. En règle générale, c'est le gouvernement fédéral qui est responsable des pénitenciers.

Le président : Oh, c'est exact.

Senator Cordy: We were talking about the media earlier and one of you commented about "waiting lists make the media," so if we are looking for a positive impact in the media, waiting lists are one example.

Government, you also said, was preoccupied with waiting lists and I would say the general public is also preoccupied with waiting lists. However, when the general public looks at waiting lists, they are looking at waiting lists for cataract surgery or hip replacement surgery or heart surgery, and very rarely do you hear people talking about waiting lists for getting into the mental health system. We have heard today that there are 500 people waiting just to get into the system and these do not include the people who are already in the system who are waiting for help.

It is always a tie-in when we are talking about mental health issues because you cannot exclude public education and the whole issue of stigmatization.

The number of people who are touched directly or indirectly either by family members or friends or colleagues at work is staggering. However, the communities are not crying out for more mental health funding.

How do we go about making sure that the public gets involved in demanding resources for the mental health system?

Mr. Ayr: I think one of the things is that consumers who have experienced the system need to tell their stories and the public needs to hear them. I mean, there are many people who suffer from mental illness that have really incredible stories to tell about successes in the arts and music and literature and we just do not hear those stories. I think we need to focus on the positive stories.

Mr. Galipeault: One approach is the old grinding approach, what I am starting to call the "one-block-at-a-time" approach. A couple of years ago a manager of a mental health program in downtown Dartmouth asked me how we can make sure that consumers are viewed as full citizens. I think part of the answer is those of us who are involved in this has a responsibility to assist in this regard. I told her to take a one-block or a two-block radius of the program location and hold a town hall meeting and have consumers present and talk to the citizens in that area. I told her to start knocking on doors, dropping off flyers, inviting people out and letting them know how consumers contribute to the economic well-being of that two-block community and how they contribute to the cultural mosaic of that community. You work those two blocks for a period of months or a year and then you spread out to two more blocks. I think it is a long, slow approach, but I think it is part of the solution.

Dr. Stokes: I think things are changing and I think the very fact that we have this committee going right across the country is one aspect of the change. Some of these changes are reflected in the

Le sénateur Cordy : Nous parlions des médias, plus tôt, et l'un d'entre vous a dit que « les listes d'attente font les manchettes ». Donc, si nous cherchons un impact positif dans les médias, les listes d'attente en sont un exemple.

Vous avez également dit que le gouvernement était préoccupé par les listes d'attente, et je dirais que le grand public est lui aussi préoccupé par les listes d'attente. Cependant, lorsque le grand public parle des listes d'attente, il fait allusion à la chirurgie de la cataracte, au remplacement de la hanche ou à une intervention chirurgicale cardiaque, et on entend très rarement les gens parler des listes d'attente pour entrer dans le système de santé mentale. Nous avons entendu dire aujourd'hui que 500 personnes attendent juste pour entrer dans le système, et que ce chiffre n'inclut pas les gens qui y sont déjà, et qui attendent d'obtenir de l'aide.

Lorsqu'on parle des enjeux relatifs à la santé mentale, il faut toujours les rattacher à d'autres choses, parce qu'on ne peut pas faire fi de la sensibilisation du public et de toute la question de la stigmatisation.

Le nombre de personnes qui sont touchées directement ou indirectement, que ce soit par l'entremise d'un membre de leur famille, d'amis ou de collègues de travail, est renversant. Cependant, les collectivités n'implorent pas les autorités pour obtenir de l'argent pour les soins de santé mentale.

Comment pouvons-nous être certains que le public se joindra à nous pour exiger des ressources pour le système de santé mentale?

M. Ayr : Je crois que, entre autres, les consommateurs qui ont déjà eu affaire au système ont besoin de raconter leurs histoires, et le public a besoin de les entendre. Je veux dire, beaucoup de gens qui souffrent d'une maladie mentale ont des histoires vraiment incroyables à raconter sur leur réussite dans les arts, la musique et la littérature, mais nous ne les entendons pas. Je crois que nous devons mettre l'accent sur les histoires positives.

M. Galipeault : Il y a la bonne vieille méthode du porte-à-porte, que je commence à appeler la méthode « un quartier à la fois ». Il y a quelques années, la directrice d'un programme de santé mentale du centre-ville de Dartmouth m'a demandé ce que nous pouvions faire pour que les bénéficiaires soient perçus comme des citoyens à part entière. Je crois que, une partie de la réponse, c'est que ceux d'entre nous qui œuvrons dans ce domaine ont la responsabilité de donner un coup de main à cet égard. Je lui ai dit de tracer un rayon de un quartier ou de deux quartiers à partir du centre du programme et de tenir une assemblée publique locale, et de demander aux bénéficiaires d'y assister et de parler aux citoyens de ce secteur. Je lui ai dit de commencer par aller frapper aux portes, distribuer des dépliants, inviter les gens à sortir et leur dire de quelle façon les bénéficiaires contribuent au mieux-être économique de ces quartiers ainsi qu'à la mosaïque culturelle de cette collectivité. On travaille dans ces deux quartiers pendant quelques mois, ou une année, et ensuite, on passe à deux autres quartiers. Je pense que c'est une méthode longue et lente, mais je crois que ça fait partie de la solution.

Le Dr Stokes : Je crois que les choses changent, et je pense que le fait même que le Comité traverse le pays est un aspect de ce changement. Certains changements se reflètent dans le fait que le

fact that the Department of Health within the Government of Nova Scotia is setting core standards for mental health and is evidenced by consumer involvement and the undertaking of an anti-stigma campaign. I think these are some of the changes that have occurred. It is not going to be any one thing. It is going to be many things, but I do believe that many things are changing.

Senator Cordy: I think that if people could hear the personal stories that this committee has heard, it would go a long way in reducing the stigma across the country.

Mr. Galipeault, your brochure says that in addition to helping consumers of the mental health sector, you also provide for the business sector. Are you getting any calls from the business sector?

Mr. Galipeault: No, I have not had any calls from the business sector.

Senator Cordy: Are any of you getting calls from business to ask how to be more inclusive of people who have been clients of the mental health system?

Mr. Crossman: Just in terms of your general question, I agree with Dr. Stokes that any approach to these issues must be multi-tiered, but just in terms of the business community, I think a critical point that is frequently left out of these scenarios is the cost to business of mental illness. Michael Wilson is involved in the economic round table, as you would well know, and I think now advises the government on some of these issues.

Mental health and mental illness is a tremendous cost to business in the country and so we do not need to discuss that point. What we do need to talk about is how to convince employers.

We have developed an intervention between three private sector businesses, one in forestry, one in fishing, and one in publishing and our own organization. We did health risk assessments of 340 employees across those businesses and each employee received a confidential report of our findings. The employees discovered whether they are obese, if their cholesterol level is up, if their stress level is normal or high, if they are depressed, if their anxiety levels are normal and whether they are getting along in their workplace. Some people may throw it in the garbage or some people may read it and learn a lesson from the information.

The most important thing we have accomplished is we have demonstrated and we have linked the cost of those issues directly to the bottom line of the employer. The findings indicate that absenteeism and accidents and so on cost the employer money, and when you particularize the issue to the individual, you start to see some change in behaviour.

ministère de la Santé du gouvernement de la Nouvelle-Écosse établit des normes de base en santé mentale, et que la participation des bénéficiaires et le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation en témoignent. Je crois qu'il s'agit là de certains des changements qui se sont produits. Ça ne sera pas une chose en particulier qui va changer. Bien des choses vont changer, et je crois que bien des choses sont déjà en train de changer.

Le sénateur Cordy : Je crois que, si les gens pouvaient entendre les histoires personnelles que le Comité a entendues, ce serait un grand pas en vue de favoriser la déstigmatisation dans le pays.

Monsieur Galipeault, on mentionne, dans votre brochure, qu'en plus d'aider les bénéficiaires du secteur de la santé mentale vous servez aussi le secteur privé. Est-ce que des entreprises vous téléphonent?

M. Galipeault : Non, aucune entreprise ne m'a téléphoné.

Le sénateur Cordy : Est-ce que l'un d'entre-vous reçoit des appels de responsables d'entreprises qui vous demandent comment intégrer davantage les gens qui ont bénéficié de soins de santé mentale?

M. Crossman : Pour revenir à votre question générale, je dirais que je suis d'accord avec le Dr Stokes lorsqu'il dit que toute solution à ces problèmes doit comporter plusieurs volets, mais en ce qui concerne les entreprises, je pense qu'un facteur crucial qu'on oublie souvent dans ces scénarios, c'est le coût de la maladie mentale pour les entreprises. Michael Wilson participe à la table ronde économique, vous le savez sûrement, et je pense que, actuellement, il conseille le gouvernement au sujet de certaines de ces questions.

Les problèmes de santé mentale et la maladie mentale coûtent énormément d'argent aux entreprises du pays, c'est un fait incontestable. Ce dont nous devons parler, c'est de la façon de convaincre les employeurs.

Nous avons élaboré une intervention entre trois entreprises du secteur privé, une en foresterie, une dans le secteur des pêches, et l'autre en édition, et notre propre organisation. Nous avons évalué les risques pour la santé de 340 employés de ces entreprises, et chaque employé a reçu un rapport confidentiel de nos conclusions. Les employés ont découvert s'ils étaient obèses, si leur taux de cholestérol était élevé, si leur niveau de stress était normal ou élevé, s'ils étaient déprimés, s'ils étaient angoissés de façon normale ou non, et s'ils s'étaient bien adaptés à leur milieu de travail. Certaines personnes peuvent le jeter aux poubelles, et d'autres peuvent le lire et en tirer une leçon.

La chose la plus importante que nous ayons accomplie, c'est calculer le coût de ces problèmes et les relier directement aux résultats de l'employeur. Les conclusions révèlent que l'absentéisme et les accidents et autres choses du genre coûtent de l'argent à l'employeur. Lorsqu'on fait prendre conscience à une personne de son problème, on commence à voir un certain changement de comportement.

At the other end, I think we need more government leadership. I think we should stop pussyfooting around where we put our dollars in health care and start talking about the health of the population. That is what we are doing in Nova Scotia and it is great. We have seen smoking rates drop; physical activity will probably increase in the next few years, and so on. However, it is in the political sphere that we need to start talking about the health budget quite differently. We need a health care budget where we promote the health of the population, and the participation of employers is critical in the entire scenario.

Senator Pépin: Dr. Stokes, we are speaking about educating the public and the teachers. What about the education of medical students, because I have the feeling, and I may be wrong, that the general practitioners feel that mental illness is outside of their realm of medicine. If we were sure to educate the medical students, we would sensitize them to understand that mental illness is an issue related to health. We know that all too often, the diagnosis comes too late, and our doctors need to be aware of and sensitive to these issues.

Hospital staff always asks patients about allergies and about their medical history, but they never ask about mental illness. If we start to ask that question, it will become part of the normal routine and easier to speak about mental health. It will not be set aside or considered separately. Medical students should receive special training about mental illness and that could ease everything if it part of the general education.

Dr. Stokes: We hope to do many of the things that you have mentioned. In fact, we are revising our curriculum within the medical schools to offer more psychiatry, but it has to be integrated into the program when the students perform patient-doctor exercises.

I think that it is standard that a patient coming into one of our teaching hospitals would answer questions concerning surgical, physical, mental, and substance use history.

Our family practitioners need more support and education and help to improve their skill sets because more than 50 per cent of their patients will encounter mental health issues and they are often the first and only people that they are going to see. This problem must be recognized.

Another issue we are going to have to address is that of inter-professional education, meaning educating nurses, pharmacists, social workers, psychologists and physicians.

Dans un tout autre ordre d'idées, je pense que nous avons besoin de plus de leadership gouvernemental. Je pense que nous devrions cesser nos tergiversations quant aux endroits où nous injectons de l'argent dans les soins de santé et commencer à parler de la santé de la population. C'est ce que nous faisons en Nouvelle-Écosse, et c'est merveilleux. Le nombre de fumeurs a diminué; le taux d'activité physique augmentera probablement au cours des prochaines années, et ainsi de suite. Cependant, c'est dans la sphère politique que nous devons commencer à changer de discours au sujet du budget de la santé. Nous avons besoin d'un budget de soins de santé qui nous permet de promouvoir la santé de la population, et la participation des employeurs est cruciale dans tout ce scénario.

Le sénateur Pépin : Docteur Stokes, nous discutons de la sensibilisation du public et des enseignants. Qu'en est-il de l'éducation des étudiants en médecine, parce que j'ai l'impression, et j'ai peut-être tort, que les omnipraticiens estiment que la maladie mentale ne fait pas partie de leur pratique. Si nous étions certains de vouloir éduquer les étudiants en médecine, nous les amènerions à comprendre que la maladie mentale est un problème de santé. Nous savons que, trop souvent, le diagnostic arrive trop tard, et nos médecins doivent être informés de ces problèmes et y être sensibilisés.

Le personnel des hôpitaux demande toujours aux patients s'ils souffrent d'allergies et de lui faire part de leurs antécédents médicaux, mais il ne pose jamais de question au sujet de la maladie mentale. Si nous commençons à poser cette question, ça fera partie de la routine, et ce sera plus facile de parler de santé mentale. On n'écartera pas ce sujet, et on ne le considérera pas comme un sujet séparé. Les étudiants en médecine devraient recevoir une formation spéciale sur la maladie mentale, et cela pourrait faciliter tout le reste, si ça faisait partie du programme d'études général.

Le Dr Stokes : Nous espérons pouvoir faire bon nombre des choses que vous avez mentionnées. En fait, nous sommes en train de réviser le programme d'études des facultés de médecine afin d'offrir plus de cours en psychiatrie, mais on doit les intégrer au programme lorsque les étudiants font des exercices concernant la relation entre le patient et le médecin.

Je crois qu'il est monnaie courante qu'un patient entrant dans l'un de nos hôpitaux d'enseignement réponde à des questions concernant ses antécédents médicaux sur le plan des interventions chirurgicales, de la santé physique, de la santé mentale et de la toxicomanie.

Nos médecins de famille ont besoin de plus de soutien et d'éducation et d'aide pour améliorer leur bagage de compétences parce que plus de 50 p. 100 de leurs patients seront aux prises avec des problèmes de santé mentale, et ce sont souvent les premières et les seules personnes qu'ils vont consulter. On doit reconnaître ce problème.

Une autre question que nous allons devoir aborder est l'éducation interprofessionnelle, c'est-à-dire l'éducation du personnel infirmier, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des psychologues et des médecins.

The Chairman: If there are no other questions or comments, I thank all of you for coming. You have been very helpful and your presence has been much appreciated.

Senators, our next presenters are from the Nova Scotia Department of Health. Linda Smith is responsible for children's mental health and John Campbell is responsible for adult mental health. May I say to the witnesses that at about a quarter to five, Senator Cook is going to take over as chairman because I have a number of interviews to do just after five and it is a fixed time frame because it is the electronic media.

Ms. Linda Smith, Acting Executive Director, Children's Mental Health Services and Addictions Treatment, Mental Health Services Branch, Department of Health of Nova Scotia: Thank you for the opportunity to speak to you today.

You have been here all day and in the interest of time, you can read our overhead presentation. I will proceed with a few highlights, and then we will perhaps have some dialogue.

In our province, we deliver our mental health services across the lifespan, from children to youths and then adults. That is a little different from some provinces that split children between several departments.

We have over 50 community mental health clinics and inpatient units in eight of our nine district health authorities as well as the IWK health centre and we have emergency services in all of the districts.

We have worked very hard in the last three years involving well over 200 stakeholders in developing a set of mental health core program standards and indicators to match the standards. Along with assisting and providing quality service and some equity around the province, it has served as a way for the various districts to do an annual self-assessment of their performance against the standard. The gap in that self-assessment is what assists us with future business plans.

The key priority areas include enhancing community support programs for mentally ill patients with severe and persistent mental illness who are no longer in institutions but are truly in the community and in need of housing, employment, and activity programs to provide them with some structure throughout their day.

We need to enhance our crisis and emergency services and provide a more rapid response to individuals. Children and youth mental health services across all of our five core program areas need enhancing.

We established our mental health steering committee in 2001. It is an advisory committee to the branch in the Department of Health and is comprised of individuals from the

Le président : S'il n'y pas d'autres questions ni commentaires, je vous remercie tous d'être venus. Vous avez été très utiles, et votre présence a été grandement appréciée.

Honorables sénateurs, nos prochains témoins viennent du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Linda Smith est responsable de la santé mentale des enfants, et John Campbell, de la santé mentale des adultes. Si vous le permettez, je vais dire aux témoins que, vers cinq heures moins quart, le sénateur Cook va prendre la relève de la présidence, parce que j'ai un certain nombre d'entrevues à faire un peu après cinq heures, et l'heure est fixe parce qu'il s'agit d'entrevues dans les médias électroniques.

Mme Linda Smith, directrice exécutive par intérim, Services de santé mentale des enfants et traitement de la toxicomanie, Direction générale des services de santé mentale, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse : Merci de m'avoir invitée à venir vous parler aujourd'hui.

Vous avez été ici toute la journée, et, pour ne pas vous retenir trop longtemps, je vous dirais que vous pourrez lire les diapositives que nous voulions présenter. Je vais vous présenter quelques points saillants, et ensuite, nous pourrions peut-être en discuter.

Dans notre province, nous offrons des services de santé mentale du berceau au tombeau, c'est-à-dire aux enfants, aux jeunes, puis aux adultes. Cette méthode est légèrement différente de celle de certaines provinces, qui répartissent les enfants dans plusieurs services.

Nous avons plus de 50 cliniques de santé mentale dans la collectivité et unités dans les hôpitaux dans huit de nos neuf régions de santé de district ainsi qu'au centre de santé IWK. Nous offrons des services d'urgence dans tous les districts.

Nous avons travaillé très dur au cours des trois dernières années; nous avons fait participer plus de 200 intervenants à l'élaboration d'une série de normes fondamentales de programmes de santé mentale et d'indicateurs correspondant à ces normes. En plus d'avoir donné un coup de main et assuré un service de qualité et une certaine équité dans la province, ces activités ont permis aux divers districts d'effectuer une auto-évaluation annuelle de leur rendement par rapport à la norme. L'écart relatif à cette auto-évaluation est ce qui nous aide dans nos futurs plans d'activité.

L'une de nos principales priorités consiste à améliorer les programmes de soutien communautaire destinés aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante qui ne sont plus en établissement, mais qui vivent pleinement dans la collectivité et ont besoin d'un logement, d'un emploi et de programmes d'activités pour structurer leur vie.

Nous devons améliorer nos services d'intervention en cas d'urgence et intervenir plus rapidement auprès de ces personnes. Il faut améliorer les services de santé mentale offerts aux enfants et aux adultes dans chacun de nos cinq secteurs de programme de base.

Nous avons formé notre comité directeur sur la santé mentale en 2001. Il s'agit d'un comité consultatif de la Direction générale au ministère de la Santé. Il se compose de personnes issues de

various districts, the IWK, consumers and advocacy groups and a representative from the Department of Community Services. The committee has developed not only the standards but also programs to monitor the health of the nation; that is, whether, in fact, our mental health services are making any difference as we go forward.

We have a considerable way to go before the full implementation of our standards, possibly five to 10 years. New money has come our way, but it is just a beginning.

We believe that there needs to be a national strategy on mental health because a collaborative effort will produce a better result. The responsibility to create a strategy should not rest on any individual province.

Mr. John Campbell, Director of Adult Mental Health Services, Mental Health Services Branch, Department of Health of Nova Scotia: Ms. Smith mentioned our approach to mental health reform and I think it provides a good template for an effective strategy. Our strategy begins with a steering committee that sets out the standards for service delivery, monitoring and evaluation and dealing with consumers and their place within the mental health system. Our committee deals with both the informal and the formal system and deals with issues of stigma as well as prevention, promotion and advocacy.

I have to congratulate the committee on an excellent document that has brought and increased awareness to the people within our mental health system and to the stakeholders with which we work.

While listening to the end of the last discussion, you were talking about the public getting on board and I think that is a major issue and something that you will have to address with your commission. The synthesis of your work and the recommendations you offer are very, very significant and we applaud that work and wish you every success in achieving your goals.

In terms of what we want to do to see a comprehensive and effective system, we are doing a lot of good things, but we could be doing more. We need to have more collaboration because mental health is everybody's concern. We need to collaborate with other divisions within the health system, or if we take a population health approach, we must work with our partners in other government departments.

As you said in your report, the development of a national independent database is the foundation of a good system. The 2000 community health survey relied on epidemiological studies that we generalized from other countries. The Canadian Community Health Survey 1.2 was a start, but it was not in-depth enough to identify the prevalence of the major mental disorders that we have to face in our society. It was not broad enough to capture the range of individuals that suffer from mental health

divers districts, de représentants de l'hôpital IWK, de bénéficiaires et de groupes de défense des intérêts, ainsi que d'un représentant du ministère des Services communautaires. Le comité a élaboré non seulement des normes, mais aussi des programmes visant à surveiller la santé de la nation; c'est-à-dire pour déterminer si nos services de santé mentale font bel et bien une différence.

Ce n'est pas demain la veille qu'on pourra appliquer complètement nos normes. Il faudra attendre de cinq à dix ans pour le faire. Nous avons reçu de l'argent frais, mais ce n'est qu'un début.

Nous croyons qu'il faut élaborer une stratégie nationale sur la santé mentale parce que la collaboration donnera de meilleurs résultats. La responsabilité de créer une stratégie ne devrait pas reposer sur les épaules d'une seule province.

M. John Campbell, directeur des Services de santé mentale aux adultes, Direction générale des services de santé mentale, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse : Mme Smith a parlé de l'approche que nous avons adoptée à l'égard de la réforme de la santé mentale, et je pense que ça constitue un bon modèle pour l'établissement d'une stratégie efficace. Notre stratégie commence par un comité directeur qui établit les normes en matière de prestation de services, de surveillance, d'évaluation et de traitement des bénéficiaires et en ce qui concerne la place qu'ils occupent dans le système de santé mentale. Notre comité s'intéresse aussi bien au système officieux qu'au système officiel, et il aborde des problèmes liés à la stigmatisation ainsi que les questions de la prévention, de la promotion et de la défense des droits.

Je dois féliciter le Comité pour l'excellent document qui a permis de sensibiliser les gens au sein de notre système de santé mentale ainsi que les intervenants avec qui nous travaillons.

À la fin de la dernière discussion, vous avez parlé de la nécessité d'obtenir l'adhésion du public, et je pense que c'est un point important que vous devrez aborder avec votre commission. La synthèse de vos travaux et les recommandations que vous formulez sont très, très importantes, et nous applaudissons ce travail et vous souhaitons de réaliser tous vos objectifs.

Pour ce qui est de ce que nous voulons faire pour mettre en place un système complet et efficace, nous faisons beaucoup de bonnes choses, mais nous pourrions en faire plus. Nous avons besoin d'une plus grande collaboration, parce que la santé mentale, c'est l'affaire de tous. Nous devons collaborer avec d'autres divisions du système de santé, ou, si nous abordons le problème du point de vue de la santé de la population, nous devons travailler avec nos partenaires dans d'autres ministères.

Comme vous l'avez dit dans votre rapport, l'élaboration d'une base de données nationale indépendante est le fondement d'un bon système. L'Enquête sur la santé dans les collectivités de 2000 s'appuyait sur des études épidémiologiques réalisées dans d'autres pays, et dont nous avons généralisé les résultats. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2 constituait un bon point de départ, mais elle n'était pas assez approfondie pour que l'on puisse déterminer la prévalence des

problems. It did not contain the kind of good information that a larger sample could give us from a planning point of view. We need this information.

Even so, the survey has been effective. Nova Scotia and Ontario were the only two provinces that purchased additional samples from Statistics Canada to be able to analyse that information and provide some direction to our district health authorities to assess the mental health needs within those districts.

The survey's sample size in some cases was smaller than we would like, but it did provide valuable information. We would like to see a broader expanded survey that includes an individual's lifespan. That information would provide us with information on which to plan for future services.

We need to develop an information system that can measure the mental health status of our clients, our communities, and of our population. We need to evaluate our policies, our programs and our services. We need to develop quality assurance programs. We need to look at how effective our services are so we can begin to make choices based on the cost effectiveness of those services.

You mentioned the federal-provincial toolkit. This is a good first step, but it is very abstract. We would like to see a second stage that includes examples of its implementation and the indicators in use. We would like to see the second stage give direction to provincial-level systems. We need to go beyond this toolkit.

We need effective knowledge translation; practice has not kept pace with the research. We spend time and effort facilitating this process through the development of standards based on best practices and bringing the content experts to bear on those standards in giving direction to the mental health system through those standards. We need to do a lot more than that.

I use the example of the shared care consortium and their recent initiatives in developing toolkits for the implementation of shared or collaborative care initiatives dealing with special populations. It can actually give direction to various jurisdictions and locales in the institution of those kinds of shared care initiatives.

We have looked at and made good use of some of the monographs from Health Canada dealing with best practices in such things as anxiety disorders, substance abuse treatments and mental health reform. They have wide circulation and provide translated information from research to practice. They have had an impact, but it is only touching the surface of what we need to do.

principaux troubles mentaux auxquels nous devons faire face dans notre société. Elle n'était pas assez vaste pour englober l'éventail d'individus qui souffrent de problèmes de santé mentale. Elle ne contenait pas le genre d'information qu'un échantillon plus grand aurait pu nous donner, du point de vue de la planification. Nous avons besoin de ce genre d'information.

Quoi qu'il en soit, l'Enquête a été efficace. La Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont été les deux seules provinces à avoir acheté à Statistique Canada des exemplaires supplémentaires pour analyser cette information et donner quelques lignes directrices à nos régions de santé de district, afin d'évaluer les besoins en santé mentale dans ces districts.

Dans certains cas, la taille de l'échantillon de l'Enquête était plus petit que nous l'avions espéré, mais il a quand même permis de fournir des renseignements précieux. Nous aimerions qu'on mène une enquête plus vaste et élargie qui couvrirait toute la vie d'une personne. Cela nous permettrait d'obtenir de l'information sur laquelle on pourra se fonder pour planifier des services futurs.

Nous devons élaborer un système d'information qui puisse mesurer l'état de santé mentale de nos clients, de nos collectivités et de notre population. Nous devons évaluer nos politiques, nos programmes et nos services. Nous devons élaborer des programmes d'assurance de la qualité. Nous devons examiner l'efficacité de nos services de façon à pouvoir commencer à faire des choix en fonction de leur rentabilité.

Vous avez fait allusion au coffre à outils fédéral-provincial. C'est un bon point de départ, mais c'est très abstrait. Nous aimerions qu'on établisse une deuxième étape, où on donnerait des exemples d'application et des indicateurs utilisés. Nous aimerions que la deuxième étape oriente l'établissement de systèmes à l'échelle provinciale. Nous devons aller au-delà de ce coffre à outils.

La transmission des connaissances doit être efficace; la pratique ne réussit pas à suivre la recherche. Nous consacrons temps et efforts à faciliter ce processus en élaborant des normes fondées sur des pratiques exemplaires et en réunissant des experts en la matière qui doivent miser sur ces normes pour orienter le système de santé mentale. Nous devons faire beaucoup plus que cela.

J'utilise l'exemple du consortium de soins partagés et de ses récents projets d'élaboration de coffres à outils pour la mise en œuvre d'initiatives de soins partagés ou coopératifs auprès de populations spéciales. En fait, il peut orienter diverses administrations et divers secteurs dans l'institution au sujet de ce genre de projets de soins partagés.

Nous avons jeté un coup d'œil à certaines monographies de Santé Canada qui portent sur des pratiques exemplaires dans des choses comme les troubles de l'anxiété, les traitements de la toxicomanie et la réforme de la santé mentale, et nous en avons fait bon usage. Elles sont diffusées à grande échelle, et on y présente de l'information scientifique qu'on a vulgarisée aux fins de la mise en pratique. Elles ont eu un impact, mais elles ne font qu'effleurer le sujet qui nous intéresse, c'est-à-dire ce que nous devons faire.

What have we done in Nova Scotia? I think this has some relevance to what we are talking about today and what you are looking for in terms of your commission. We have developed core program standards dealing with our template of services. We have looked at some specialty programs and the standards associated with those programs. We have come up with a strategy for districts to assess compliance to these collaboratively developed standards. We have also piloted a Health of the Nations Outcomes Scale (HoNOS) in three of our district health authorities and we are now embarking on a one-year demonstration in one district health authority. The National Health Service in the U.K. has embraced the Health of the Nations Outcome Scale throughout their mental health service. It is a valid, reliable and relatively easy-to-use system of evaluation. It takes about five to 10 minutes for a clinician to do and it gives very good outcome information.

We use the CCHS to provide district profiles to each of our district health authorities, so that they could use that information on a district basis to give some direction to their priorities in terms of their mental health system.

We have also initiated the use of Cognos web-enabled software, which is, as I would describe it, everything that computers promised, but never delivered until today. Cognos enables us to analyse large databases and to cross-tabulate variables in meaningful ways to give relevant information to mental health directors, managers and clinicians.

We are engaged in a training program with all our mental health directors, so we have ambulatory mental health information and inpatient CIHI information available through Cognos cubes that mental health directors can manipulate and cross-tabulate. They can look at such variables as demographic information, residence information and diagnostic information. Again, it is only a beginning, but it is a very valuable tool. When you have seen mental health directors engaged and enthusiastic about data, I think that goes a long way to saying that it is relevant.

We have linked our mental health surveys to our administrative data so that we have been able to look at a 1995 Heart Health survey, look at symptoms of depression as identified in survey and then look at subsequent health care utilization in cardiovascular disease. We have actually been part of a publication of those studies in the annals of epidemiology and psychological medicine.

We have Dalhousie University's Population Health Research Unit here, which stores our administrative data, allows us to be able to link various databases, and helps us to get a profile of our provincial mental health needs.

Qu'avons-nous fait en Nouvelle-Écosse? Je crois que la réponse à cette question est pertinente pour notre sujet de discussion et pour ce que vous cherchez en rapport avec votre commission. Nous avons élaboré des normes de programme fondamentales sur notre modèle de services. Nous avons examiné certains programmes de spécialité et les normes qui y sont associées. Nous avons créé une stratégie pour que les districts évaluent la conformité avec ces normes élaborées en collaboration. Nous avons également fait l'essai d'une échelle des issues de la santé des nations dans trois de nos régions de santé de district, et nous entreprenons actuellement un projet pilote de un an dans une région de santé de district. Le National Health Service du Royaume-Uni a adopté notre échelle dans son service de santé mentale. Il s'agit d'un système d'évaluation valide, fiable et relativement facile à utiliser. Il n'exige que de cinq à dix minutes du temps d'un clinicien, et il donne de très bonnes informations sur les issues.

Nous utilisons l'ESCC pour dresser le profil du district de chacune de nos régions de santé de district, afin qu'elles puissent utiliser cette information pour orienter ses priorités au chapitre du système de santé mentale.

Nous avons également commencé à utiliser le logiciel Web Cognos. Je le décrirais comme étant tout ce que les ordinateurs nous ont promis, mais ne nous ont pas donné jusqu'à aujourd'hui. Cognos nous permet d'analyser de grandes bases de données et de croiser des variables d'une façon intéressante pour fournir des renseignements pertinents aux directeurs, gestionnaires et cliniciens en santé mentale.

Nous participons à un programme de formation avec tous nos directeurs en santé mentale. À l'issue de cette formation, nous pourrions verser des renseignements sur les services ambulatoires de santé mentale et des données de l'ICIS sur les patients hospitalisés dans des modules de Cognos. Ainsi, les directeurs en santé mentale pourront manipuler et recouper ces données. Ils pourront consulter des variables telles que des renseignements démographiques, des renseignements sur la résidence et des données sur le diagnostic. Là encore, ce n'est qu'un début, mais c'est un outil très précieux. Les directeurs en santé mentale se donnent à fond dans ce projet et sont très enthousiasmés par les données. Je crois que ça veut tout dire.

Nous avons relié nos enquêtes sur la santé mentale à nos données administratives, et nous avons pu ainsi examiner une enquête sur la santé cardiovasculaire menée en 1995, les symptômes de dépression cernés dans l'enquête, et, par la suite, le recours subséquent à des soins de santé pour le traitement d'une maladie cardiovasculaire. En fait, nous avons participé à la publication de ces études dans les annales de la médecine épidémiologique et physiologique.

Nous avons ici l'unité de recherche sur la santé de la population de l'Université Dalhousie, qui emmagasine nos données administratives, nous permet de relier diverses bases de données et nous aide à dresser le profil de nos besoins provinciaux en santé mentale.

The Public Health Agency of Canada in the Atlantic Maritime Provinces has given us the designation as the National Collaborating Centre for the Social Determinants of Health, which says something very positive about what is going on here in Nova Scotia. We also have world-class mental health epidemiologists here at Dalhousie University.

I say all those things because Nova Scotia would be pleased to be involved in any demonstration project associated with the development of a national information database.

The mentioned items are but a few of the things that we need to begin to build upon to achieve the goal of a comprehensive system. We need to have society's vision in concert with our own vision, and more emphasis on prevention, promotion and advocacy efforts is necessary.

The previous group talked about "population health" and getting away from an emphasis on solely the delivery of health services by considering the health of the population and overcoming the stigma that interferes with a person's ability to access services.

A number of national strategies including the Ontario-Canada Labour Market Agreement for Persons with Disabilities, and the National Affordable Housing Strategy that have a direct impact on mental health. These programs need to be coordinated, not just at a local but also at the national level.

Most important, we need collaboration. We have compartmentalized our services, not just in mental health, but also in many areas related to the health of the population. We must move out of our silos and infuse services with the capacity to address mental health aspects within these services. We must blend shared care with primary health care and the police and emergency/crisis services, with community services. We must deal with the mental health issues of offenders and seniors in long-term care and the challenging behaviours associated with them. We must work with organizations that govern affordable housing and employability. We have to turn our efforts to injury and chronic disease prevention strategies at a national and regional level. We need to work with caregivers in non-governed organizations and those social agencies that are dealing with the needs of our population.

Again, I applaud the work of this commission. I think we must support a comprehensive national action plan for mental health. We need to have standards based on a collaborative framework involving all stakeholders; that is, not only the experts and decision makers, but also the consumers and service providers. Stigma must be addressed at a national level. We need to build a national database, a national research agenda, funding envelopes

Dans les provinces de l'Atlantique, l'Agence de santé publique du Canada nous a désigné Centre national de collaboration pour les déterminants sociaux de la santé, titre qui évoque quelque chose de très positif sur ce qui se passe ici, en Nouvelle-Écosse. De plus, ici à l'Université Dalhousie, nous pouvons compter sur des épidémiologues en santé mentale reconnus dans le monde entier.

Je vous parle de toutes ces choses parce que la Nouvelle-Écosse serait ravie de participer à tout projet pilote associé à l'élaboration d'une base de données d'information nationale.

Les activités que j'ai mentionnées ne constituent que quelques-unes des choses sur lesquelles nous devons commencer à miser pour atteindre notre objectif, qui est de mettre en place un système complet. La vision de la société doit s'harmoniser avec notre propre vision, et nous devons insister davantage sur la prévention, la promotion et la défense des droits.

Le groupe précédent a parlé de la « santé de la population » et du fait qu'on doit cesser de mettre l'accent uniquement sur la prestation des services de santé en tenant compte de la santé de la population et en éliminant la stigmatisation qui empêche une personne d'accéder aux services.

Un certain nombre de stratégies nationales, notamment l'Entente Canada-Ontario sur le marché du travail visant les personnes handicapées et la Stratégie nationale pour le logement durable, ont un impact direct sur la santé mentale. Ces programmes doivent être coordonnés, non seulement à l'échelle locale, mais aussi à l'échelle nationale.

Mais, ce qui est le plus important, c'est que nous devons agir en collaboration. Nous avons compartimenté nos services, non seulement en santé mentale, mais aussi dans bien des domaines liés à la santé de la population. Nous devons sortir de nos cloisons et infuser aux services la capacité d'aborder certains aspects de la santé mentale. Nous devons intégrer les soins partagés aux soins de santé primaires, et combiner les services de police et d'intervention en cas d'urgence avec les services communautaires. Nous devons examiner les problèmes de santé mentale dont souffrent les délinquants et les personnes âgées qui bénéficient de soins de longue durée ainsi que les comportements problématiques qui y sont associés. Nous devons travailler avec les organisations qui régissent le logement abordable et l'employabilité. Nous devons tourner nos efforts vers des stratégies de prévention des accidents et de la maladie chronique à l'échelle nationale et régionale. Nous devons travailler avec les soignants dans les organisations qui ne sont pas régies et les organismes sociaux qui visent à répondre aux besoins de notre population.

Encore une fois, j'applaudis aux travaux de cette commission. Je crois que nous devons appuyer un vaste plan d'action national pour la santé mentale. Nous devons nous doter de normes fondées sur un cadre de collaboration qui rejoint tous les intervenants; c'est-à-dire non seulement les experts et les décideurs, mais également les bénéficiaires et les fournisseurs de services. On doit éliminer la stigmatisation dans tout le pays. Nous devons créer

to support strategic initiatives, and a national strategy on chronic disease prevention and suicide prevention.

The Chairman: Thank you for your presentation and I am going to ask one question before I ask Senator Cook to come and take over. In fact, I do not need an answer right now, but you can send it to us by post or email.

You just referred to a strategic initiative fund of some kind. I think the Primary Health Care Transition Fund, transitional only and not ongoing funding. I believe that it was not the standard federal strategy of sucking the provinces in and getting them started on something and then walking away, right.

This was an experimental strategy designed to help you move from point A to point B, with the result that when the transition is over, you have a better running system.

We have received many suggestions to give 12 or so examples of “an innovation project,” or, “a transition fund,” in our next report. One of the things that made our original report on the acute physical care system so effective was that we did not just speak about concepts but also gave examples of the concepts in practice.

I am not trying to pin you down but I would like to have a number of illustrative examples with me when I take the concept of an innovation fund to people whose immediate reaction will be, “Why should the Federal Government put any money into anything?”

If you could think about that and let us know, that would be great.

Senator Joan Cook (*Acting Chairman*) in the chair.

Senator Cordy: Dr. Ayr spoke about cultural shifts earlier; you indicated sort of the same idea that we have to go through a cultural shift, and work within provincial departments as well as municipalities and the federal government because everybody has different jurisdictions. The bottom line is people just want good health.

Are the departments of health, community services, housing, education and justice working collaboratively?

This morning Carole Tooton told us about the man who works as a house painter although he has a master's degree in education. He loves his painting job, but had no health care proviso with his job contract and, therefore, is unable to get his medication.

Are we breaking down any silos in Nova Scotia?

une base de données nationale, un programme de recherche national, des enveloppes de financement pour soutenir des initiatives stratégiques, et une stratégie nationale de prévention de la maladie chronique et de prévention du suicide.

Le président : Merci de votre exposé. Je vais vous poser une question avant que le sénateur Cook ne prenne la relève. En fait, je n'ai pas besoin d'une réponse immédiatement, mais vous pourrez nous l'envoyer par la poste ou par courrier électronique.

Vous avez fait allusion à une initiative stratégique, à un fonds quelconque. Je pense que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires n'est qu'un fonds de transition et n'est pas permanent. Je ne pense pas que le gouvernement fédéral l'a mis en place pour lécher les bottes aux provinces, les amener à faire quelque chose puis déguerpir.

C'était une stratégie expérimentale qui visait à vous aider à aller du point A au point B, le résultat étant que, lorsque la transition est terminée, on obtient un meilleur système d'exploitation.

Beaucoup de gens nous ont suggéré de donner, dans notre prochain rapport, à peu près 12 exemples de « projets d'innovation » ou de « fonds de transition ». L'une des choses qui a rendu notre premier rapport sur le système de soins physiques actifs si efficace, c'est que nous n'avons pas limité notre examen aux concepts; nous avons également donné des exemples de la façon dont on les met en pratique.

Je n'essaie pas de vous acculer au pied du mur, mais j'aimerais avoir un certain nombre d'exemples évocateurs lorsque je présenterai le concept d'un fonds d'innovation à des personnes dont la réaction immédiate sera de dire : « Pourquoi le gouvernement fédéral devrait-il injecter de l'argent dans quoi que ce soit? »

Si vous pouviez y réfléchir et nous tenir au courant, ce serait très apprécié.

Le sénateur Joan Cook (*présidente suppléante*) occupe le fauteuil.

Le sénateur Cordy : M. Ayr a déjà parlé des changements culturels; vous avez formulé un peu la même idée lorsque vous avez dit que nous devons procéder à un changement culturel et travailler au sein des ministères provinciaux, des municipalités et du gouvernement fédéral, parce que tout le monde a des compétences différentes. Au bout du compte, les gens veulent seulement être en bonne santé.

Les ministères de la Santé, des Services communautaires, du Logement, de l'Éducation et de la Justice travaillent-ils en partenariat?

Ce matin, Carole Tooton nous a parlé de l'homme qui peinture des maisons même s'il est titulaire d'une maîtrise en éducation. Il adore son travail, mais son contrat ne prévoit aucune assurance pour les soins de santé et, par conséquent, il est incapable d'obtenir ses médicaments.

Est-ce qu'on jette des cloisons à terre, en Nouvelle-Écosse?

Ms. Smith: I think we are making progress, but we are not there yet. We have the Nova Scotia Child and Youth Action Committee that has representation from health, education, community services, justice and the youth secretariat. They have looked at what I will call "policies," the service delivery model, and tried to coordinate and take a focus that pulls the various departments together.

We have also started a continuum of care committee between both the Department of Health and the Department of Community Services. This is a high-level committee of the two deputy ministers with senior officials. The committee looks at exactly those kinds of issues where our policies and our procedures leave a gap where the client cannot get access to the needed services. I think we have made some progress and gains in that area.

We have entered into more of what we call exchange of service agreements and I will give you a few examples. We provide a longer-term treatment program service for children under the age of 12 through the IWK. Funding for that program began with the Department of Community Services and is now with health. We have entered into an exchange of services with the Department of Justice to provide all the health and the mental health services for children, youth and adults in the Province of Nova Scotia.

We have made improvements, but there are still large obstacles that are in our way. You mentioned medicare and particularly prescription drugs and that remains an issue for people with a mental illness as well as for people with other illnesses that do not have a pharmacare program. We income test these people and through income assistance they can receive something through the Department of Community Services. In some cases, we tend to provide the medication in health services if they are inpatients. This is indeed a problem area for the working poor who are entitled to some kind of benefits on income assistance, but may no longer receive coverage when they return to work.

Senator Cordy: It is really sad when you hear the stories of people who quit a low-paying job to go on welfare to get their benefits.

Ms. Smith: Absolutely. All they may need is help with medication, and yet we force them to give up meaningful employment to get it, which is certainly not good for anyone.

Senator Cordy: It is not good for the person and not good for the government.

Mr. Campbell: Our Department of Community Services recently changed their program to allow a one-year extension of the pharmacare coverage.

Mme Smith : Je crois que nous faisons des progrès, mais nous n'en sommes pas encore là. Nous avons le Nova Scotia Child and Youth Action Committee soit le comité d'action pour les enfants et les adolescents de la Nouvelle-Écosse, qui est composé d'un représentant des ministères de la Santé, de l'Éducation, des Services communautaires, de la Justice et du secrétariat pour la jeunesse. Il a examiné ce que j'appellerai les « politiques », le modèle de prestation de services, et a essayé de les coordonner et de trouver une solution pour réunir les divers ministères.

Nous avons également formé un comité sur le continuum de soins, qui est composé de représentants du ministère de la Santé et du ministère des Services communautaires. C'est un comité de haut niveau, car deux sous-ministres et des hauts fonctionnaires en font partie. Le comité examine précisément le genre de situations où nos politiques et nos procédures font en sorte qu'il y a une faille et que le client ne peut accéder aux services dont il a besoin. Je crois que nous avons fait des progrès et des gains dans ce domaine.

Nous avons conclu un plus grand nombre de ce que nous appelons des ententes d'échange de services, et je vais vous en donner quelques exemples. Nous offrons un programme de traitement de longue durée pour les enfants âgés de moins de 12 ans, par l'entremise de l'hôpital IWK. Au début, c'est le ministère des Services communautaires qui le finançait. Aujourd'hui, c'est le ministère de la Santé. Nous avons signé une entente d'échange de services avec le ministère de la Justice afin de dispenser tous les services de santé et de santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes dans la province de la Nouvelle-Écosse.

Nous avons amélioré certaines choses, mais il y a encore de gros obstacles sur notre chemin. Vous avez parlé du régime d'assurance-maladie, et, plus précisément, des médicaments d'ordonnance, et ça demeure une question épineuse pour les gens aux prises avec une maladie mentale et pour les gens qui souffrent d'autres maladies et qui ne souscrivent pas à un régime d'assurance-médicaments. Nous évaluons le revenu de ces personnes, et, grâce au programme d'aide sociale, elles peuvent recevoir de l'argent par l'intermédiaire du ministère des Services communautaires. Dans certains cas, nous avons tendance à fournir les médicaments dans le cadre de services de santé, si elles sont hospitalisées. C'est vraiment ennuyeux pour les petits salariés qui ont droit à certaines prestations d'aide sociale, mais qui ne sont plus couverts lorsqu'ils retournent travailler.

Le sénateur Cordy : C'est vraiment triste d'entendre dire que des gens quittent un emploi peu rémunérateur pour toucher des prestations d'aide sociale.

Mme Smith : C'est sûr. Et tout ce dont ils ont besoin, peut-être, c'est leur médicament, mais nous les forçons quand même à quitter un emploi rémunérateur pour pouvoir se le procurer, ce qui n'est certainement pas bon pour quiconque.

Le sénateur Cordy : Ce n'est pas bon pour la personne, et ce n'est pas bon pour le gouvernement.

M. Campbell : Récemment, notre ministère des Services communautaires a modifié son programme pour permettre de prolonger l'assurance-médicaments de un an.

I want to reiterate that it is a real disincentive to employment and that we had hoped to solve the problem through either a drug coverage plan or a national pharmacare program.

Senator Cordy: That was in our other report.

Mr. Campbell: We have recently initiated some work originally conducted in Ontario by Dr. Kenneth Leclair on a PIECES Program: a nursing home building capacity program dealing with challenging behaviour. The program trains our people to become experts to support that increased capacity within the nursing home sector.

We have collaboration in the long-term care sector and the primary care sector. EHS, the Emergency Health Services, and the police and our mobile crisis service are beginning a project that we hope will result in collaboration at that level, too. In the Department of Justice, we have a joint forensics committee that brings together the various jurisdictions dealing with forensics, mental health, the justice system and Department of Community Services to bridge the gaps that exist within our services. We are looking at court consultations by our mental health professionals as a diversion for many of the individuals that come before the courts that are found fit and responsible, but at the same time, have committed minor crimes that are as much associated with mental health problems as anything else.

Senator Cordy: I agree, and legal aid has a program that works with the families of the young offenders, which very often involves treatment for addictions and so on.

I guess with my previous life as an elementary school teacher I cannot help but talk about young children and the problems that they face. I remember so many meetings with the parents, the teacher, the principal, the school psychologist and somebody from the IWK and it almost got into an "us" and "them" situation.

In many cases, the parents worried that they had poor parenting skills, and worried that somehow they were responsible for the problem. A child suffering from a mental illness often involves the whole family in crisis.

I have been away from the school system for five years. Are there advocates now for families of children in crisis to help guide them through the maze?

I ask this because a couple of weeks ago, a federal agency appeared before our committee and showed us a slide listing all the federal agencies and the NGOs and it was an overwhelming amount of information. Is there any type of an advocacy system in place?

Je le répète : ça dissuade vraiment les gens d'aller travailler, et nous avons espéré résoudre le problème en mettant en place un régime d'assurance-médicaments ou un programme national d'assurance-médicaments.

Le sénateur Cordy : C'était dans notre autre rapport.

M. Campbell : Dernièrement, nous avons entrepris des travaux qui, au début, étaient menés en Ontario par le Dr Kenneth Leclair dans le cadre d'un programme PIECES : un programme de renforcement des capacités en centre de soins infirmiers visant à corriger les comportements problématiques. Dans le cadre du programme, on forme nos employés à devenir des experts en renforcement de cette capacité dans le secteur des centres de soins infirmiers.

Nous pouvons compter sur la collaboration du secteur des soins de longue durée et du secteur des soins primaires. Les EHS, c'est-à-dire les services de santé d'urgence, la police et notre service d'intervention mobile lancent un projet qui, nous l'espérons, permettra une certaine collaboration à ce niveau également. Au ministère de la Justice, nous avons un comité mixte de médecins légistes qui réunit les diverses administrations qui s'occupent de médecine légale, de santé mentale, l'appareil judiciaire et le ministère des Services communautaires pour combler les lacunes dans nos services. Nous envisageons la possibilité que des professionnels en santé mentale se présentent devant les tribunaux plus tôt que bien des gens qui sont traduits en justice et qui sont déclarés sains d'esprit, mais qui, en même temps, ont commis des crimes mineurs qui sont associés de près à des problèmes de santé mentale.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous, et l'aide juridique offre un programme dans le cadre duquel on travaille avec les familles des jeunes délinquants, ce qui suppose très souvent le traitement de la toxicomanie, et ainsi de suite.

J'imagine que c'est parce que j'ai déjà été enseignante au primaire que je ne peux m'empêcher de parler des jeunes enfants et des problèmes auxquels ils font face. Je me souviens de tellement de rencontres avec les parents, l'enseignant, le directeur, le psychologue de l'école et quelqu'un de l'hôpital IWK, et c'est presque devenu une situation « nous » contre « eux »

Dans bien des cas, les parents craignaient de ne pas savoir comment élever leurs enfants, et ils avaient peur d'être responsables d'une façon ou d'une autre des problèmes de leur enfant. Un enfant souffrant d'une maladie mentale met souvent toute la famille en état de crise.

Voilà maintenant cinq ans que je ne fais plus partie du système scolaire. Aujourd'hui, y a-t-il des personnes qui s'occupent des familles des enfants en détresse pour les aider à se retrouver dans tout ce labyrinthe?

Je vous demande cela parce que, il y a quelques semaines, un organisme fédéral a comparu devant notre comité et nous a montré une diapositive sur laquelle on énumérait tous les organismes fédéraux et les ONG, et il y avait une quantité énorme d'informations. Y a-t-il un quelconque système de défense des droits en place?

Ms. Smith: I am not sure that I would necessarily say it is "advocacy." There have been some gains, but, again, we still have a long way to go.

Quite often, what is happening is there is a family in crisis because of difficulties around managing a child, and some children are harder to manage.

They were just born that way. They are more difficult to parent. That group is often on our waiting list because they do not have a mental illness and do not screen in for either emergency or an urgent case. They tend to stay on the mental health waiting list for much too long a period.

I do know that the IWK is working with Dr. Chuck Cunningham from Hamilton, looking at a way to deal with the wait times and the waiting list for exactly that kind of a family. They are looking at opportunities for running more groups and working in different ways to help that particular group of children and their families. They have tried what we are calling "family help," a demonstration project put together by Dr. Pat McGrath from Dalhousie and tested in three districts and at the IWK. The project brings primary care people, physicians, and teachers together with the families to best manage some of the challenges that the children face.

Special education with the Department of Education has received additional funding in this year's budget. I am not sure how that will all turn out, but there certainly is a need to enhance services for school psychologists, which needs collaboration among the education, health and mental health departments.

Senator Cordy: You are right; you have to cross the borders because even the wait time for a school psychologist can be up to six months.

Ms. Smith: Our time lines are very different for children, so six months in the life of a young child is a long time and that kind of wait time makes it a non-service.

I see that as a pressing priority on which we have been focusing and we hope we are making some inroads.

Senator Cordy: I am very interested in your comments about monitoring how things are working. How are you going about doing that? It is such a wonderful idea.

We constantly do things and, often, nobody checks to see whether things are actually working, so I was delighted to hear you talking about monitoring your progress.

Mr. Campbell: As I said, we have two primary databases of which we make good use. We have an ambulatory database here in Nova Scotia that is sort of our own and then we use the CIHI Discharged Abstract Database that gives us a host of variables and information.

Mme Smith: Je ne suis pas certaine que ce serait nécessairement un système de « défense des droits ». On a fait des progrès, mais, encore une fois, nous avons encore beaucoup de pain sur la planche.

Bien souvent, les familles sont en crise parce qu'elles ont de la difficulté à s'occuper d'un enfant, et que certains enfants sont plus difficiles à élever que d'autres.

Ils sont juste nés comme ça. Ils sont plus difficiles à élever. Ce groupe d'enfants figure souvent sur notre liste d'attente parce qu'ils n'ont pas de maladie mentale et ne satisfont pas aux critères pour être déclarés « cas urgent ». Ils ont tendance à rester sur la liste d'attente en santé mentale pendant beaucoup trop longtemps.

Je sais que le personnel de l'IWK travaille avec le Dr Chuck Cunningham, de Hamilton, et que, ensemble, ils essaient de trouver une façon de réduire les délais d'attente et la liste d'attente pour ce genre de famille précisément. Ils examinent les possibilités de former davantage de groupes et de travailler d'une façon différente pour aider ce groupe d'enfants en particulier et leur famille. Ils ont essayé ce que nous appelons l'« aide familiale », projet pilote instauré par le Dr Pat McGrath, de l'Université Dalhousie et mis à l'essai dans trois districts et à l'IWK. Le projet réunit des professionnels de soins primaires, des médecins et des enseignants, qui rencontrent les familles afin de mieux relever les défis auxquels font face les enfants.

Dans le budget du présent exercice, on a consenti des fonds supplémentaires à l'éducation spécialisée dans le cadre du programme du ministère de l'Éducation. Je ne suis pas certaine de ce que ça donnera, mais ce qui est certain, c'est qu'il faut améliorer les services offerts aux psychologues des écoles, et que, pour ce faire, il doit y avoir collaboration entre les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services de santé mentale.

Le sénateur Cordy : Vous avez raison; il faut transcender les frontières parce que le délai d'attente, même pour voir le psychologue de l'école, peut aller jusqu'à six mois.

Mme Smith : Les délais d'attente sont très différents pour les enfants. Ainsi, six mois, dans la vie d'un jeune enfant, c'est très long. Quand ça prend autant de temps, ça ne sert plus à rien.

Selon moi, c'est une priorité urgente à laquelle nous consacrons nos efforts, et nous espérons que nous changeons les choses.

Le sénateur Cordy : Vos commentaires sur le suivi des activités m'intéressent beaucoup. Comment allez-vous vous y prendre? Est-ce une idée tellement fantastique?

Nous faisons constamment des choses et, souvent, personne ne vérifie si ça fonctionne vraiment. Donc, j'ai été ravie de vous entendre parler du suivi des progrès.

M. Campbell : Comme je l'ai dit, nous avons deux bases de données principales dont nous faisons bon usage. Nous avons une base de données ambulatoires, ici, en Nouvelle-Écosse, qui nous appartient, en quelque sorte, et puis nous utilisons la base de données d'extraits de dossiers de personnes qui ont obtenu leur congé de l'ICIS, qui nous donne une foule de variables et d'informations.

I will give an example of something that we have started recently and that is, because of pressure on our inpatient beds, we have a bed utilization committee and we bring together the mental health clinical directors and administrators of our facilities to develop reports looking at comparative information, one district to the other.

Ten years ago or even five years ago, it would not have worked very well because everybody was a little bit suspicious about having to share information with everybody else. That is why working collaboratively through building relationships and trust is so very important in any kind of a system.

It is one thing to have information and it is another thing to have comparative information. The ability to compare one district to the next gives us very, very interesting information. You can look at the variable across all districts, then look at the outliers, and then ask people to explain the reasons for differences.

What has happened is that whenever you give people information and it is good and comparable information, there is reactivity to it and there is a valence about which way to proceed with this information.

Our mental health directors and our psychiatrists and people in charge of our inpatient units have been taking that information seriously and looking at their practices. It has had an impact on their practices.

In our outpatient information, we generally do counts. We are looking at diagnostic groupings of who is seeing who, for how long, how many people are being seen in what kind of a schedule; information that again is comparable, one district to the next, looking at particular kinds of benchmarks and making comparisons.

Now, we are doing it with information that is reasonably accurate, but it is not sufficient. As I had mentioned previously, we are looking at an outcome measure that we are implementing in one of our districts, that of Doug Crossman, one of your previous speakers. We are going to follow that for one year to see how it affects clinicians, the administration and the delivery of services in that area.

This is a scale that we pilot tested in three of our districts for a short period, looking at validity, reliability and sensitivity. The National Health Service in the U.K. is using it as its mandate. Now, if you have an outcome measure in mental health that is good because we do not have many good outcome measures.

Senator Pépin: You say that we need to collaborate and we need to move out of our silos and you also speak about shared care with youth and adults.

I will add the elderly to your list because I spend a lot of time visiting the elderly. An old woman told me that she was suffering from cancer and when I asked what kind of cancer she replied,

Je vais vous donner l'exemple de quelque chose que nous avons commencé récemment. Comme on avait grandement besoin de nos places en hôpital, nous avons formé un comité sur l'utilisation des lits, et nous rassemblons les directeurs de cliniques de santé mentale et les administrateurs de nos installations pour qu'ils rédigent des rapports dans lesquels on présente des comparaisons, d'un district à l'autre.

Il y a dix ans, ou même cinq ans, ça n'aurait pas très bien fonctionné, parce que tout le monde h  sita   un peu à l'idée d'avoir à partager de l'information avec quelqu'un d'autre. C'est pourquoi la collaboration par l'établissement de relations et d'un climat de confiance est si importante dans n'importe quel système.

C'est une chose d'avoir de l'information, et c'en est une autre de posséder des données de comparaison. La comparaison des districts fournit des renseignements très, très intéressants. On peut étudier une variable dans tous les districts, et ensuite regarder les cas divergents, puis demander aux gens d'expliquer les écarts.

Ce qui s'est passé, c'est que, lorsqu'on donne aux gens de l'information, de l'information valable que l'on peut comparer, ils réagissent, et ils sont ambivalents quant à la façon de s'en servir.

Nos directeurs en santé mentale et nos psychiatres, et les gens qui sont responsables de nos unités dans les hôpitaux ont pris cette information au sérieux et ont passé leurs pratiques en revue.   a a eu un impact sur leurs pratiques.

Lorsque nous recueillons de l'information sur les services externes, généralement, nous faisons un décompte. Nous voulons obtenir des groupes de diagnostic pour déterminer qui consulte qui, pendant combien de temps, combien de personnes consultent selon quel genre d'horaire; ce sont là encore des informations que l'on peut comparer, d'un district à l'autre, en fonction de types de repères en particulier et dans le but de faire des comparaisons.

Cependant, nous le faisons avec des informations qui sont raisonnablement exactes, mais pas en nombre suffisant. Comme je l'ai déjà mentionné, nous examinons la possibilité de mesurer les résultats dans l'un de nos districts, celui de Doug Crossman, l'un des témoins précédents. Nous allons appliquer cette méthode pendant un an pour voir de quelle façon elle touche les cliniciens, l'administration et la prestation des services dans cette région.

Il s'agit d'une méthode de mesure que nous avons mise à l'essai dans trois de nos districts, pendant une courte période. On en a évalué la validité, la fiabilité et la sensibilité. Le National Health Service du Royaume-Uni l'utilise dans le cadre de son mandat. Aujourd'hui, lorsqu'on dispose d'une méthode de mesure des résultats en santé mentale, c'est une bonne chose, parce que nous n'en avons pas beaucoup qui sont efficaces.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit que nous devons travailler de concert avec d'autres services et éliminer nos cloisons, et vous avez également parlé des soins partagés avec les jeunes et les adultes.

J'ajouterai les personnes âgées à votre liste, parce que je passe beaucoup de temps à leur rendre visite. Une vieille femme m'a dit qu'elle souffrait d'un cancer, et lorsque je lui ai demandé quel

“Oh, it is not physical, but it is mental.” She added, “I feel I am all by myself. I am alone.” The woman is a nursing home resident that houses many elderly people.

Do you have specific information regarding the elderly? I do not know exactly the term, but I could not resist the opportunity to add the elderly to your list and I was wondering if you have any information about that group.

Mr. Campbell: Again, this gets back to the issue of a piecemeal approach. We have talked about shared care and there is a national initiative in collaborative care. The Canadian Coalition for Seniors Mental Health is having its first conference in September dealing with best practices related to assessment and treatment. Dr. Kenneth Leclair and David Conn, Queens University and I think McMaster University are heading up that group. They will look at the issues related to the mental illness that individuals develop in older age, not necessarily old age, but in older age.

When I did my training at the University of British Columbia, I did a specialization looking at seniors' mental health, and the same issues apply today as when I graduated in 1977: polypharmacy and the issues of stigma, particularly as it relates to seniors' mental health.

Seniors do not use mental health services in proportion to the population that they account for compared to any other age group. They do not. We can look across the system and see children and youth and what proportion use mental health services and you look at those over 65 years and see that they do not access mental health services. I applaud the Canadian Coalition for Seniors Mental Health; it is a national initiative that relies on people who have that interest.

In addition, we have initiatives related to collaborative care and affordable housing and we have a national injury prevention strategy and a chronic disease prevention strategy, all of which contain aspects of mental health, but all are separate and move in their own direction. I think that reflects the need for tying to collaborate at a national level.

Senator Cordy: I have heard both good and bad comments about Bill 109.

Are we the only province without a mental health act and what do you think about bill?

Ms. Smith: We are the only province that does not have a stand-alone mental health act. Our current mental health provisions are almost 30 years old and they embedded in the Nova Scotia Hospitals Act. It is an extremely outdated piece of legislation and not consistent with anything else across the country. Yes, we do need a new act.

genre de cancer, elle a répondu : « Oh, ce n'est pas physique, c'est mental. » Elle a ajouté : « Je me sens tout de seule. Je suis seule. » Cette femme réside dans un centre de soins infirmiers qui accueille beaucoup de personnes âgées.

Avez-vous des renseignements précis sur les personnes âgées? Je ne connais pas exactement le terme, mais je n'ai pas pu résister à la possibilité d'ajouter les personnes âgées à votre liste, et je me demandais si vous aviez de l'information au sujet de ce groupe.

M. Campbell : Encore une fois, cela nous ramène à la question de l'approche fragmentée. Nous avons parlé des soins partagés, et il existe une initiative nationale sur les soins coopératifs. En septembre, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées tiendra sa première conférence sur les pratiques exemplaires liées à l'évaluation et au traitement. Le Dr Kenneth Leclair et David Conn, de l'Université Queens et, je pense, de l'Université McMaster, sont à la tête de ce groupe. Ils examineront les problèmes liés à la maladie mentale qui se présentent chez les gens à mesure qu'ils vieillissent, pas nécessairement quand ils sont vieux, mais quand ils vieillissent.

Lorsque j'ai suivi ma formation à l'Université de la Colombie-Britannique, j'ai fait une spécialisation en santé mentale des personnes âgées, et les problèmes n'ont pas changé par rapport à ce qu'ils étaient lorsque j'ai obtenu mon diplôme, en 1977 : polypharmacie et stigmatisation, surtout en ce qui a trait à la santé mentale des personnes âgées.

Les personnes âgées ne recourent pas aux services de santé mentale selon leur proportion dans la population, comparativement à n'importe quel autre groupe d'âge. Ils ne les utilisent pas. Nous pouvons regarder dans le système et voir des enfants et des jeunes et essayer de déterminer quelle proportion d'entre eux utilisent des services de santé mentale, et ensuite, on regarde la proportion des 65 ans et plus, et on constate qu'ils n'accèdent pas aux services de santé mentale. Je félicite la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; il s'agit d'une initiative nationale qui s'appuie sur des gens qui s'intéressent à ce genre de choses.

De plus, nous avons des initiatives sur les soins coopératifs et le logement abordable, et nous avons une stratégie nationale de prévention des accidents et une stratégie de prévention de la maladie chronique. Tous ces projets contiennent des volets sur la santé mentale, mais ils sont tous distincts, et ils sont indépendants des autres. Je crois que cela montre bien qu'il faut établir une certaine collaboration à l'échelle nationale.

Le sénateur Cordy : J'ai entendu des bons et des mauvais commentaires au sujet du projet de loi 109.

Sommes-nous la seule province à ne pas avoir de loi sur la santé mentale, et que pensez-vous du projet de loi?

Mme Smith : Nous sommes la seule province à ne pas avoir de loi sur la santé mentale distincte. Nos dispositions actuelles sur la santé mentale existent depuis près de 30 ans, et elles sont enchâssées dans la Hospitals Act de la Nouvelle-Écosse. C'est un instrument législatif extrêmement désuet, et il ne correspond à rien d'autre dans le pays. Oui, nous avons besoin d'une nouvelle loi.

When Bill 109 was introduced in the House at the end of September, it was the end of seven years of consultation with stakeholders. The Law Reform Commission had done a considerable amount of work over a five-year period, meeting with stakeholders around the province and presented a number of recommendations that they felt should be in the legislation. We had a large committee that represented providers, the legal community and consumers and provided a consultation document. We sent that out and then brought the responses to that along with what we had from the Law Reform Commission and Bill 109 was drafted.

The generally feeling is that it is in the middle, if I can put it that way, of where other legislation across the country is now. The purpose of the Mental Health Act is to ensure care for individuals who have a serious mental illness and because of the mental illness, do not recognize the need for treatment. The lack of ability to recognize their illness puts them not only at risk, but also at means that they cannot access a necessary service. We tried to create some checks and balances with regard to what obligation the province and the state has to do to assist those individuals and their families and with regard to ensuring that there is not excessive intervention in the rights of people to self-determine their care. That is the state of the bill now. We had an information day at the end of February that brought together about 200 people from around the province, key stakeholders, and again shared information on the particular bill.

We have received multiple responses from stakeholders and families and many consumers who now have recovered from their illness, writing to say what their views are on the bill.

It is really up to our elected officials to decide how to proceed. The bill was introduced, but it was not called for a second reading, so it is in a state of limbo at the moment.

The Acting Chairman: We hear a fair amount of support for a national mental health strategy, and I hear that confirmed every time I sit at a table like this one.

I would like your opinion on a national mental health act supported by legislation. Given the dichotomy between the provinces and the federal system, do you think it will be possible to have that piece of legislation with the appropriate regulations in place that the provinces would access?

Ms. Smith: It is not something to which I have given a tremendous amount of thought, but I will say that it might be very difficult to implement since health really is the responsibility of the province.

Lorsque le projet de loi a été déposé à la Chambre, à la fin du mois de septembre, c'était la fin de sept années de consultation des intervenants. La Commission de réforme du droit avait abattu beaucoup de travail pendant cinq ans, car elle avait rencontré des intervenants un peu partout dans la province et présenté un certain nombre de recommandations qui, selon elle, devraient être prises en compte dans la législation. Nous avions un gros comité dans lequel étaient représentés des fournisseurs, des avocats et des bénéficiaires. Ce comité a fourni un document de consultation. Nous l'avons envoyé, nous avons recueilli les réponses, et nous avons combiné le tout aux recommandations de la Commission de réforme du droit, et le projet de loi 109 était né.

Généralement, on a l'impression que cet instrument législatif se trouve au milieu, si je peux m'exprimer ainsi, des autres lois du pays. La Loi sur la santé mentale vise à assurer des soins aux personnes qui souffrent d'une grave maladie mentale et qui, à cause de cela, ne se rendent pas compte qu'elles ont besoin de traitement. Comme elles ne peuvent reconnaître leur maladie, non seulement elles sont à risque, mais elles en sont au point où elles ne peuvent accéder à un service dont elles ont besoin. Nous avons essayé de créer des freins et contrepoids en ce qui a trait à l'obligation de la province et de l'État d'aider ces personnes et leur famille et pour nous assurer qu'on ne s'immisce pas de façon excessive dans le droit des gens de déterminer eux-mêmes de quels soins ils ont besoin. C'est là qu'en est le projet de loi actuellement. À la fin de février, nous avons organisé une journée d'information qui a réuni quelque 200 personnes des quatre coins de la province, des intervenants clés, et qui leur a permis, encore une fois, de partager de l'information sur ce projet de loi en particulier.

Nous avons reçu de nombreux commentaires d'intervenants et de familles et de nombreux bénéficiaires qui sont maintenant guéris, qui nous ont écrit pour nous dire ce qu'ils pensaient du projet de loi.

Il n'en tient qu'à nos élus de décider comment procéder. Le projet de loi a été déposé, mais on n'en a pas ordonné la deuxième lecture, et donc, pour le moment, il est en suspens.

La présidente suppléante : Nous entendons beaucoup de commentaires positifs au sujet de l'établissement d'une stratégie nationale de santé mentale, et chaque fois que je participe à une réunion comme celle-ci, ils se confirment.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la possibilité d'établir une stratégie nationale sur la santé mentale qui serait enchâssée dans la loi. Étant donné la dichotomie entre les provinces et le système fédéral, croyez-vous qu'il sera possible de mettre en place un tel instrument législatif assorti de règlements appropriés, et auquel les provinces pourraient accéder?

Mme Smith : Ce n'est pas une chose à laquelle j'ai beaucoup réfléchi, mais je dirais qu'une telle loi serait très difficile à mettre en œuvre étant donné que la santé est un domaine de compétence provinciale.

I think you could have to ask a legal expert and somebody who is more familiar with constitutional issues, but I am not sure how you would be able to impose the legislation on a province because the province has to deliver the service. It would be difficult, but there could certainly be guiding principles and overarching direction.

The Acting Chairman: We are looking at the accountability factor. I am not a lawyer. I am thinking outside the box. I am looking at it from the perspective of framework legislation. The Fisheries Act, for example, is a very complex act supported by numerous regulations as the situation warrants.

Ms. Smith: We have the Canada Health Act, which has remained silent on mental health. If we had a federal act that was broad in that way or if there were amendments to the Canada Health Act to incorporate mental health, I think those things are certainly possible.

This piece of legislation, which is really a protection legislation very similar to, say, our child welfare legislation, which is the protection of children from abuse and neglect, it would very difficult to write and to put regulations in because each province has a slightly different system in terms of delivery practices.

The Acting Chairman: Well, at the moment, some provinces do have a provincial mental health act.

Ms. Smith: Oh, all of the provinces have one.

The Acting Chairman: Not all of them. I think there are two provinces that do not.

Ms. Smith: I am only aware of ours as not having stand-alone legislation, although we do have the provision.

The Acting Chairman: I am hesitant to name them because I could be mistaken.

Ms. Smith: I believe every province and the territories have a piece of mental health legislation or have provisions somewhere. Most of them have stand-alone legislation. I believe our province is the only province at the moment that still does not have it separated out of the Hospitals Act.

Senator Pépin: If I remember correctly, a year ago, the federal government gave money for health and the word "accountability" was mentioned.

I agree that it will difficult to tell the provinces what to do unless we give money specifically.

The Acting Chairman: Well, the federal government is the keeper of the purse, so I guess there is room for negotiation. That is the reality, is it not?

The federal government has the power of the purse and we work in consensus in this federation, this wonderful country of ours, so I think even if we dare to think outside the box, we have made progress.

Je pense que vous pourriez devoir poser la question à un expert juridique et à quelqu'un qui est plus familier avec les questions constitutionnelles, mais je ne sais pas vraiment comment vous pourriez imposer la législation à une province, parce que la province doit offrir le service. Ce serait difficile, mais on pourrait sûrement élaborer des principes directeurs et une orientation globale.

La présidente suppléante : On parle ici du facteur de la responsabilisation. Je ne suis pas avocate. Je sors des sentiers battus. J'examine cette question du point de vue de la loi cadre. La Loi sur les pêches, par exemple, est une loi très complexe qui est soutenue par de nombreux règlements, selon la situation.

Mme Smith : Il y a la Loi canadienne sur la santé, mais elle ne traite pas de santé mentale. Je crois cependant qu'il serait certainement possible d'adopter une loi fédérale qui s'occuperait de la question ou de modifier à la Loi canadienne sur la santé.

En fait, une telle loi ne serait qu'une loi assurant la protection au même titre que, par exemple, nos lois relatives à la protection de l'enfance, dont le but est de protéger les enfants de mauvais traitements et de négligence. Par contre, il serait très difficile de rédiger et d'adopter des règlements parce que chaque province possède sa propre façon d'appliquer la loi.

La présidente suppléante : Mais, en ce moment, certaines provinces possèdent déjà une loi provinciale sur la santé mentale.

Mme Smith : Oh, toutes les provinces en ont une.

La présidente suppléante : Pas toutes, je crois qu'il y a deux provinces qui n'en ont pas.

Mme Smith : Je sais simplement que notre province ne possède pas de loi distincte, bien que nous ayons certaines dispositions à cet égard.

La présidente suppléante : Je n'ose pas les nommer parce que je pourrais me tromper.

Mme Smith : Je crois que chaque province et chaque territoire possèdent une certaine loi en matière de santé mentale ou du moins quelques dispositions à cet égard. La plupart possèdent une loi distincte. Je crois que seule notre province maintient encore ces dispositions dans la Loi sur les hôpitaux.

Le sénateur Pépin : Si je me souviens bien, le gouvernement fédéral a donné de l'argent pour la santé l'année passée en mentionnant, toutefois, l'obligation de rendre des comptes.

Mais je reconnais qu'il sera difficile de dire aux provinces quoi faire à moins que les fonds ne soient attribués de façon spécifique.

La présidente suppléante : Eh bien, le gouvernement fédéral tient les cordons de la bourse alors je pense qu'il y a place à la négociation, n'est-ce pas?

C'est le gouvernement fédéral qui a l'argent et nous travaillons de façon à faire l'unanimité au sein de la fédération canadienne, notre merveilleux pays. Alors même si on ose sortir des sentiers battus, nous avons accompli un certain progrès.

On behalf of all of us and the absent chairman, I want to thank you very much for taking the time to share with us today.

The committee adjourned.

HALIFAX, Tuesday, May 10, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, this morning we have three people to deal with the judicial or legal side of the business. Archie Kaiser is a professor in the Faculty of Law and the Department of Psychiatry at Dalhousie University. Superintendent Mike Burns has been replaced by Deputy Chief Christopher McNeil of the Halifax Regional Police. Shirley Heafey is the Chair of the Commission for Public Complaints Against the RCMP, and, like us, she is glad to be out of Ottawa under the current circumstances.

As I have to meet the premier and the health minister at 9:30, Senator Cook will take the chair for about half an hour.

I ask that each of you make a brief opening statement. Professor Kaiser, please proceed.

Mr. Archibald Kaiser, Professor, Faculty of Law and Department of Psychiatry, Dalhousie University: Mr. Chairman, I appreciate this opportunity to come before the Senate committee to talk about your report and the vital issues that it raises.

I want to thank members of the committee in the first instance for helping our nation come to grips with what I think is part of the historic pattern of discrimination and inequality that mental health consumers have faced.

I have been a lawyer for about 28 years and a professor for 26. Much of my career at an academic and a professional level has centred upon representation of scholarly writing and teaching about people who have mental health problems in our society. I have come to know this group from both an academic and a professional perspective.

I am here this morning not just to be a cheerleader for your report, although I am, in part, happy to occupy that role because I think it is so significant that you are raising these issues to a higher level of public recognition. However, I am not here for that purpose alone. Indeed, it would be very uncharacteristic of me if that were my role. I am here also to be a critic of some aspects of your report and, I hope, to assist you in coming to grips with the issues in a slightly different way.

Au nom de tous et du président absent, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de partager vos idées avec nous aujourd'hui.

La séance est levée.

HALIFAX, le mardi 10 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 2 pour examiner des questions liées à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous recevons ce matin trois personnes pour examiner les aspects juridiques de cette question. Archie Kaiser est professeur à la faculté de droit et au département de psychiatrie de l'Université Dalhousie. Le surintendant Mike Burns est remplacé par le chef adjoint Christopher McNeil de la police régionale d'Halifax. Shirley Heafey est présidente de la Commission des plaintes du public contre la GRC et comme nous, elle est bien contente de se trouver à l'extérieur d'Ottawa dans les circonstances actuelles.

Je dois rencontrer le premier ministre et le ministre de la Santé à 9 h 30, donc le sénateur Cook va assumer la présidence pendant environ une demi-heure.

Je demanderais à chacun d'entre vous de faire un bref exposé pour commencer. Monsieur Kaiser, la parole est à vous.

M. Archibald Kaiser, professeur, faculté de droit et département de psychiatrie, Université Dalhousie : Monsieur le président, c'est avec plaisir que je saisis cette occasion de comparaître devant le comité sénatorial pour vous parler de votre rapport et des questions fondamentales qu'il soulève.

Je tiens d'abord à remercier les membres du comité d'aider notre nation à remédier à ce que je considère comme une tradition de discrimination et d'inéquité à l'endroit des personnes souffrant de maladie mentale.

Je suis avocat depuis 28 ans et professeur depuis 26 ans. J'ai passé l'essentiel de ma carrière d'universitaire et de professionnel à me concentrer sur la représentation des écrits universitaires et de l'enseignement sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans notre société. J'en suis venu à connaître ce groupe d'un point de vue théorique et professionnel.

Je ne suis pas seulement ici ce matin pour applaudir votre rapport, bien que je sois bien content que vous jouiez ce rôle, parce que je pense qu'il est très important d'accroître la sensibilité du public à ces questions. Cependant, je ne suis pas seulement ici pour cela. En effet, il serait très surprenant que je sois ici pour cela. Je suis là pour critiquer certains aspects de votre rapport et, j'ose l'espérer, pour vous aider à remédier à certains problèmes d'une façon légèrement différente.

As you might expect, given my profession and role, I am interested in the issue of mental health legislation. I know that is a provincial responsibility, but on the other hand you have commented upon it in part and I have quite a different take on what provincial mental health legislation could look like. I would like to try to inspire you to think about it differently than the report reveals.

I am afraid I have deluged you with materials. In part, this is because I do not think your section on mental health legislation evinces familiarity with some of the literature that is out there that might cause you to alter your perspectives on some of the complex phenomena that you raise. I have given you a cover sheet here of the four readings that I provided you with. The first one is called "Mental Health Law and Policy: Coming to Grips with the Equality Imperative." I will speak to that this morning in the time that I have because that paper reviews some of these issues in greater specificity.

The next one, "Mental Disability Law" is a chapter I have written in a book. It is on civil commitment, involuntary treatment issues, and it also deals with interventions in the lives of people who have intellectual disabilities through incapacity statutes. I provide that for you because it is an overview from a Canadian perspective, and because it is from an equality promoting, anti-discrimination perspective.

Article number three is called, "Imagining an Equality Promoting Alternative to the Status Quo of Canadian Mental Health Law." It is an article that I published in the *Health Law Journal* that presents a different vision of mental health legislation, which explicitly recognizes that mental health consumers have been historically discriminated against, and which tries through a proposed statute which I tried to draft that is in my article, to respond to conditions of inequality and discrimination directly.

Finally, because you commented upon the criminalization issue, and perhaps the deputy chief will comment as well, I am providing you with materials that I have used previously at a keynote speech last May before justice and public security organizations and organizations involved in criminal justice policy, and then in university rounds on criminalization issues. It is a summary of the talking points on criminalization issues, because again, I think your report tends to oversimplify that area.

I will speak first and briefly to my set of talking notes called, "Mental Health Law and Policy: Coming to Grips with the Equality Imperative." I will start out with my summary of a critique which is at pages four and five. This deals — and you may say perhaps unfairly because it is only a small portion of your three-volume report — with the section on mental health legislation, obviously one of my specialties. I will present some critical comments here and then I will move on to thinking about alternatives.

Comme on peut s'y attendre, compte tenu de ma profession et de mon rôle, je m'intéresse surtout à la législation sur la santé mentale. Je sais qu'il s'agit d'une compétence provinciale, mais vous vous exprimez tout de même à ce sujet, et j'ai un point de vue assez différent du vôtre de ce à quoi pourrait ressembler une loi provinciale sur la santé mentale. J'aimerais essayer de vous inspirer une réflexion différente de celle qui se dégage de votre rapport.

Je crains fort de vous inonder de documentation. Je le fais en partie parce que d'après la section de votre rapport concernant la législation sur la santé mentale, vous ne semblez pas bien connaître la littérature existante, qui pourrait modifier votre point de vue sur certains des phénomènes complexes que vous abordez. Je vous ai apporté une copie de la page couverture des quatre lectures que je vous recommande. Le premier document s'intitule « Mental Health Law and Policy : Coming to Grips with the Equality Imperative ». Je vais profiter du temps dont je dispose ce matin pour vous en parler, parce que cet article offre une analyse plus en détail de certaines de ces questions.

Le second document, « Mental Disability Law » est un chapitre que j'ai écrit dans un livre. Il porte sur l'engagement civil, le traitement involontaire et les interventions dans la vie des gens souffrant de déficiences intellectuelles par application de lois sur l'invalidité. Je vous le présente parce qu'il s'agit d'un état de la question rédigé d'un point de vue canadien ainsi que dans une perspective d'égalité et de non-discrimination.

Le troisième article s'intitule « Imagining an Equality Promoting Alternative to the Status Quo of Canadian Mental Health Law ». Il s'agit d'un article que j'ai publié dans le *Health Law Journal* et qui présente un point de vue différent concernant la législation sur la santé mentale, puisque je reconnais explicitement que les personnes atteintes de maladie mentale ont toujours fait l'objet de discrimination et que j'essaie ici de proposer une ébauche de loi pour remédier directement aux problèmes d'inéquité et de discrimination.

Enfin, comme vous vous exprimez sur la criminalisation, et peut-être le chef adjoint va-t-il se prononcer sur la question aussi, je vous apporte de la documentation que j'ai déjà utilisée dans une allocution en mai dernier devant des organisations de justice et de sécurité publique ainsi que des organisations qui s'occupent de la politique de justice pénale puis des tables rondes universitaires sur la criminalisation. Il s'agit d'un résumé de points de discussion sur la criminalisation, parce qu'encore une fois, je pense que votre rapport tend à simplifier la chose à outrance.

Je vais commencer par vous parler brièvement de mes notes d'allocution intitulées « Mental Health Law and Policy : Coming to Grips with the Equality Imperative ». Je vais débiter par un résumé de ma critique qui se trouve aux pages 4 et 5. Cette critique vise la partie de votre rapport concernant la législation sur la santé mentale, ce qui est évidemment l'une de mes spécialités. Vous estimerez peut-être cette critique injuste, parce que ce sujet n'occupe qu'une petite partie des trois volumes de votre rapport. Je vais faire quelques remarques, puis je vais entrer dans la réflexion sur les solutions de rechange.

The section of your report, *Mental Health, Mental Illness and Addiction*, where you discuss mental health legislation emphasizes coercive and interventionist aspects of mental health legislation without covering what I think are more progressive aspirations for mental health legislation.

The section on mental health legislation does not discuss in any detail the constitutional, common law and legislative presumption of capacity because everybody is entitled to be presumed to have capacity to make treatment decisions until it is taken away from you in a lawful and fair way.

Next, the section on mental health legislation, as I see it, tends toward intervention and coercion. It does not deal with what I believe are very intelligible reasons for mental health consumers to decide not to accept some forms of treatment. It does not honour people's reasons for rejecting treatment. I am not saying they are always rational or good, but I am saying the committee's report does not even recognize that sometimes people have good reasons for rejecting treatment, from the Supreme Court of Canada's perspective and otherwise.

The Chairman: We fully acknowledge that was one of the weakest sections of our issues and options paper. We had very little evidence, so do not feel bad at all about telling us what is wrong with it. One of the purposes of these hearings is to find out what is wrong so we can fix it, so that is fine.

Mr. Kaiser: In a sense, I may be preaching to the converted, but on the other hand I took the report as I saw it and there were serious problems.

The Chairman: You are doing exactly what we wanted you to do.

Mr. Kaiser: Your section, as well, does not adequately recognize the detrimental features of compulsory treatment because there is ample literature, from both an academic and an experiential perspective, on what happens to people who experience compulsory treatment when they do not want it. It is not all a bed of roses either — "I have recovered and I am fine." People talk about emotional trauma, their restrictions on liberty, stigmatization, inappropriate or negligent treatment, and ineffective and harmful treatments.

As well, your section on mental health legislation does not talk about how the various Charter provisions which you identify should be given effect in legislation. To be fair, I have to say that you also rely on an unduly narrow range of sources that are obviously drawn from one particular ideological perspective, which again is interventionist and coercive. The section oversimplifies some tough phenomena such as homelessness and criminalization. As well, it disparages or mis-characterizes the effects of attempting to respect people's legal and constitutional rights when they have mental health problems. It is not just an annoyance for treatment providers, but it is part of our

La partie de votre rapport intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie* qui concerne la législation sur la santé mentale met en relief les aspects coercitifs et interventionnistes des lois sur la santé mentale sans mention des objectifs des lois sur la santé mentale qui me semblent plus révolutionnaires.

La partie concernant la législation sur la santé mentale n'aborde que superficiellement la présomption de la capacité en droit civil, en droit constitutionnel et en common law, parce que tout le monde a le droit d'être présumé avoir la capacité de prendre des décisions concernant ses traitements jusqu'à preuve du contraire de façon juste et légale.

Ensuite, vous tendez dans cette partie à favoriser l'intervention et la coercition, de mon point de vue. Vous n'y parlez pas des raisons que j'estime très compréhensibles pour lesquelles des personnes atteintes de maladie mentale peuvent décider de ne pas accepter certaines formes de traitement. Vous ne reconnaissez pas la valeur des raisons pour lesquelles des personnes peuvent refuser un traitement. Je ne dis pas qu'elles sont toujours rationnelles ou bonnes, mais plutôt que le comité ne reconnaît même pas dans son rapport que certaines personnes peuvent avoir de bonnes raisons de refuser un traitement, et cela du point de vue de la Cour suprême du Canada, entre autres.

Le président : Nous sommes tout à fait conscients que c'est l'une des grandes faiblesses de notre rapport sur les problèmes et les options. Nous n'avons entendu que très peu de témoignages à cet égard, donc ne soyez pas gêné de nous dire ce qui cloche dans cette partie. Ces audiences ont justement pour but de nous permettre de comprendre les problèmes afin de les régler, pour que tout soit pour le mieux.

M. Kaiser : D'un côté, je prêche peut-être à des convertis, mais de l'autre côté, j'ai pris le rapport comme je le voyais et j'y ai constaté de graves problèmes.

Le président : Vous faites exactement ce que nous attendions de vous.

M. Kaiser : Vous ne faites pas non plus état des effets négatifs des traitements obligatoires, bien qu'il existe beaucoup de documentation sur ce sujet, des études universitaires et des témoignages personnels, sur ce qui arrive aux gens qui subissent des traitements obligatoires alors qu'ils n'en veulent pas. Ce n'est pas tout rose non plus : « Je suis guéri et je vais bien. » Les patients parlent de choc émotif, de contraintes à leur liberté, de stigmatisation, de traitements inappropriés ou négligents, inefficaces ou dommageables.

Dans la partie concernant la législation sur la santé mentale, vous ne parlez pas non plus de la façon dont les diverses dispositions de la Charte que vous nommez devraient s'intégrer dans la loi. En toute honnêteté, je dois vous dire que vous vous fondez de toute évidence sur un éventail de sources excessivement étroit, qui appartient à une école de pensée elle aussi est interventionniste et coercitive. Vous simplifiez exagérément certains phénomènes difficiles comme l'itinérance et la criminalisation. De plus, vous présentez une évaluation dénigrante ou erronée des effets des mesures prises pour respecter les droits constitutionnels et juridiques des personnes

constitutional fabric that people who have mental health problems are still citizens and they are still entitled to respect of their legal and constitutional rights.

The section ignores many questions with respect to community treatment orders. These orders are not a panacea for people who have mental health difficulties, and they are not the answer to the compromise that has to be made between liberty and intervention.

Finally, this section provides what I believe is an uncritical adoption of the biomedical model as opposed to other ways of examining people who have mental health problems, and particularly what I espouse here today, the social discrimination or inequality model.

Those are some of the criticisms of that particular section of your three-volume report. I acknowledge that there are many other positive things in the report, so I am not here to trash it entirely. I concentrate only on that section.

The rest of my overheads raise other perspectives on mental health legislation. The first section entitled "Recognizing One's Paradigm" challenges you to think about how you look at mental health legislation and policy from the perspective of the Mental Health Equitable Treatment Act, MHETA. It challenges you to rise above the current, often confusing and microcosmic presentation of mental health law and policy to think about it from a paradigmatic perspective. As I see it in your report, you uncritically adopt the medical and rehabilitation model. There are other ways of looking at the difficulties that people who have mental health problems have.

At pages 7 and 8, I talk about the social discrimination or civil rights model. It is rooted in a different conception of mental health problems where, for disability as a whole, I think we have to look at it as a problem of society at large. There are internal dimensions to it but, as I mentioned at the bottom of page 7, there are long-standing inequities, discrimination, prejudice, exclusion and devaluation that exacerbate people's experience of mental health problems. If we dealt with those problems, people who have mental health issues would have a much smoother road and a much better ability to be integrated within our society.

Clearly, from the other writings that I have provided, and from my testimony this morning, I strongly advocate this kind of model, a disability-awareness and equality-promoting model.

Your report, and reports of many others who talk about these issues, demonstrate an allegiance to the medical model to the exclusion of all other ways of thinking about these issues. At page 9 and following, I explain what I believe are reasons that perhaps you, and others who think about these issues, use to justify an allegiance to the medical model as if it were the only way to examine these issues.

atteintes de problèmes de santé mentale. Il ne s'agit pas seulement d'un ennui pour les fournisseurs de traitement. Il fait partie de notre philosophie constitutionnelle d'accepter que les personnes souffrant de maladie mentale soient tout de même des citoyens et qu'elles aient droit au respect de leurs droits juridiques et constitutionnels.

Le comité reste muet sur beaucoup d'aspects des prescriptions de traitement communautaire. Ces prescriptions ne sont pas une panacée pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ni ne sont une réponse au compromis qui doit être fait entre la liberté et l'intervention.

Enfin, j'ai l'impression qu'on adopte sans aucun regard critique le modèle biomédical dans cette partie, plutôt que d'autres façons d'examiner les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et particulièrement le modèle que j'embrasse ici, celui contre la discrimination et l'inégalité sociales.

C'étaient là mes critiques sur cette partie de votre rapport en trois volumes. Je reconnais qu'il y a bien des côtés positifs à ce rapport, donc je ne suis pas ici pour le condamner en bloc. Je me concentre seulement sur cette partie.

Le reste de mes diapositives met en relief d'autres perspectives des lois sur la santé mentale. La première partie s'intitule « Recognizing One's Paradigm ». Elle vous porte à réfléchir sur la façon d'examiner la loi et la politique sur la santé mentale du point de vue de la loi sur le traitement équitable de la santé mentale, la LTESM. Elle vous met au défi de vous élever au-delà de la présentation actuelle, souvent mêlante et microcosmique de la loi et de la politique sur la santé mentale pour plutôt l'envisager d'un point de vue paradigmatique. D'après ce que je peux voir dans votre rapport, vous adoptez sans critique le modèle médical et de réhabilitation. Il y a d'autres façons de voir les difficultés des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Aux pages 7 et 8, je parle du modèle de la discrimination sociale et des droits civils. Il se fonde sur une conception différente des problèmes de santé mentale, selon laquelle je pense qu'il faut prendre toutes les déficiences dans tout le contexte de la société en général. Il y a des dimensions internes, mais comme je le mentionne au bas de la page 7, il y a aussi des problèmes d'inégalité, de discrimination, de préjudice, d'exclusion et de dévaluation à long terme qui exacerbent l'expérience vécue par les gens souffrant de maladie mentale. Si nous nous attaquions à ces problèmes, les personnes qui souffrent de maladie mentale auraient beaucoup moins de difficulté à s'intégrer dans notre société.

Sur la base des autres écrits que je vous ai fournis et de mon témoignage de ce matin, je préconise vivement ce type de modèle, qui sensibilise les gens aux déficiences et favorise l'égalité.

Votre rapport, comme les rapports de bien d'autres sur ces questions, montre que vous adhérez au modèle médical à l'exclusion de toutes les autres façons de penser sur ces questions. À partir de la page 9, je vous explique les raisons que vous et d'autres personnes qui réfléchissent à ces questions utilisez, selon moi, pour justifier leur adhérence au modèle médical, comme si c'était la seule façon de voir les choses.

At pages 9 and 10, I talk about two things which are reviewed in the chapter of my book as well. Very often people make assumptions about the dangerousness of people with mental health problems. It is true that both people with mental health problems and those who do not have mental health problems may be dangerous at times, but the critical problem here is that there are assumptions about people who have mental health problems being dangerous, which are absolutely wrong in terms of the evidence.

Further, there are assumptions, as I mentioned at page 9, that people who have mental health problems are pervasively incapable of making their own decisions in life. That too is wrong. It is wrong legally and it is wrong constitutionally that people who have mental health problems cannot make their own decisions. In many ways, they are entitled to make their own decisions from a legal perspective, and they are able to.

As well, in thinking about why people are aligned with the medical model, at pages 10 and 11 I talk about the attractions of paternalism. When I speak about a paternalistic outlook, what I am talking about is when society decides that they have the right to take over the decisions that other people are normally entitled to make, on the justification that it is in their best interest to do so. That is an attractive model because it seems protective, but it is also grossly violative of people's autonomy in a manner that is often not recognized.

As well, I say that the allegiance to the medical model at page 11 is based upon a comforting notion that if you absorb the medical model thoroughly you think that is all we need to do. That enables you or others who occupy the same role to avoid broader questions of inequality and discrimination.

At page 11, in addition to explaining how people feel such allegiance to the medical model, I note that there is a partial acknowledgement of stigma. Everybody talks about stigma, but when we begin discussing mental health law and policy, there are often stigmatizing paradigms and examples that people use to justify interventionist and coercive approaches. If you really are concerned about stigma, then the heart of the problem is discrimination and inequality. That is what has to be attacked, and not just at the level wherein people are negatively labelled by others in society because they have mental health problems.

On page 13, I talk about the influence of what in the literature is called "sanism." As Professor Michael Perlin has explained it, sanism is a variation of other types of stereotypical and discriminatory thinking patterns. It happens here to affect people who have mental health problems. We all decry racism, sexism and homophobia in a society that values inequality, but very often in a popular culture and otherwise, we readily disparage the dignity and civil rights of people who have mental health problems. A sanist outlook privileges a certain kind of being in our society in a manner that takes away the fundamental

Aux pages 9 et 10, je vous parle de deux choses dont il est question aussi dans le chapitre de mon livre. Bien souvent, les gens s'imaginent que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont dangereuses. Il est vrai que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, comme celles qui n'en souffrent pas, peuvent parfois être dangereuses, mais le grand problème, c'est qu'on tient souvent pour acquis que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont dangereuses, ce qui est absolument faux dans les faits.

De plus, on croit souvent, comme je le mentionne à la page 9, que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont systématiquement incapables de prendre des décisions sur leur propre vie. C'est faux aussi. C'est faux d'un point de vue juridique et constitutionnel que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne peuvent pas prendre leurs propres décisions. À bien des égards, elles ont le droit de prendre leurs propres décisions, d'un point de vue juridique, et elles en sont capables.

Aux pages 10 et 11, dans ma réflexion sur les raisons qui amènent les gens à adhérer au modèle médical, je parle de la tentation du paternalisme. Par regard paternaliste, j'entends l'attitude des gens lorsque la société décide qu'elle a le droit de prendre des décisions à la place de certaines personnes qui devraient normalement avoir le droit de les prendre eux-mêmes, et ce, sous prétexte que c'est dans leur intérêt. Ce modèle est attirant parce qu'il semble protecteur, mais il viole aussi grossièrement l'autonomie des personnes d'une façon qu'on n'admet pas souvent.

De plus, j'affirme que l'adhésion au modèle médical, à la page 11, se fonde sur la perception réconfortante que si l'on adhère en profondeur au modèle médical, on en vient à croire que c'est tout ce qu'il faut. Cela vous permet, à vous et à d'autres, de jouer le même rôle et d'éviter les questions plus vastes de l'inégalité et de la discrimination.

À la page 11, en plus d'expliquer comment les personnes en viennent à adhérer ainsi au modèle médical, je remarque qu'on reconnaît en partie la présence d'une stigmatisation. Tout le monde en parle, mais dès qu'on discute de la loi et de la politique sur la santé mentale, il y a souvent des paradigmes stigmatisants et des exemples qu'on utilise pour justifier l'interventionnisme et la coercition. Si l'on déplore vraiment la stigmatisation, alors la discrimination et l'inégalité sont au cœur du problème. C'est ce à quoi il faut s'attaquer, et il faut aller au-delà du fait qu'on accole des étiquettes négatives à certaines personnes dans la société parce qu'elles souffrent de problèmes de santé mentale.

À la page 13, je parle de l'influence de ce qu'on appelle dans la littérature le « sanisme ». Comme le professeur Michael Perlin l'explique, le sanisme est une variation d'autres modes de pensée stéréotypés et discriminatoires. Dans ce cas-ci, il touche les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Nous décrions tous le racisme, le sexisme et l'homophobie dans une société qui accorde de l'importance à l'inégalité, mais dans la culture populaire et ailleurs, nous n'hésitons souvent pas à dénigrer la dignité et les droits civils des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Le regard saniste privilégie une

human dignity of the lived experience of people with mental health problems, and it enables us to make decisions without reference to the evidence.

Page 14 explains why people have allegiance to the biomedical model to the exclusion of others. You can try to exclude in the definition people who espouse challenges to the status quo. The usual way of doing so, both in this setting and otherwise, is to say that people are idealistic, ideologically driven, extreme and so on. Nobody thinks of what labels you attach to people who rigidly defend the status quo and who are, therefore, partners in inequality. One could use the kinds of labels that are put upon those who espouse a different vision, and we would say that is unfair because those people are objective. I challenge that notion of objectivity. I suggest that you should not fall prey to the temptation of saying that just because we think about a different vision of mental health issues and inequality, it is somehow extreme or idealistic. It is not. That vision will actually deal with the problem.

I will use the last couple of minutes of my time to talk about what I believe are the essential messages from my short paper here.

There are now many sources from an internal judicial perspective, the Supreme Court of Canada, notably the *Starson v. Swayze* case, but others as well, where it has been judicially recognized that mental health consumers have suffered from inequality, discrimination, marginalization and exclusion. There are also international sources which recognize that same central truth. At the United Nations, through the Ad Hoc Committee on International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities, which I talk about at page 22, there is an attempt now to reach an international convention on the rights of all people with disabilities including mental health consumers. There, we see the crystallization at a word level of a vision of people with disabilities and their experience. That vision does not say we have to intervene and disempower, but instead it says that we have to recognize inequality and discrimination, and respond at a fundamental level. The judicial community and the world community are moving on from the earlier examples of coercion and intervention.

Finally, at page 24 and following, I have provided several examples, or keys to several examples, of legislation that espouses a different model that talks about equality promotion directly.

At page 26, there is my own attempt at drafting a statute. I also gave you an article that I wrote and published on that issue. The statute centres upon equality promotion and minimizes intervention where it is supposed to be relegated, in my view, to a last resort alternative rather than a first resort. There are also sections or references from the Bazelon Centre for Mental Health

certain façon d'être dans notre société, ce qui réduit la dignité humaine fondamentale dans la vie de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et nous amène à prendre des décisions sans tenir compte des faits.

À la page 14, j'explique pourquoi les gens adhèrent au modèle biomédical à l'exclusion des autres. On peut essayer d'exclure du processus de définition les personnes qui représentent un obstacle au statu quo. La façon habituelle de le faire dans ce contexte et ailleurs, c'est de dire que ces gens sont idéalistes, qu'ils sont motivés par une idéologie, qu'ils sont extrémistes et tout le reste. Personne ne réfléchit aux étiquettes qu'on accole aux personnes qui défendent avec rigidité le statu quo et qui sont par conséquent partenaires dans l'inégalité. On pourrait leur accoler le même type d'étiquette que celle qu'on accole à ceux qui embrassent une vision différente et l'on dirait que c'est injuste, parce que ces personnes sont objectives. Je remets en doute la notion de l'objectivité. Je pense qu'il ne faut pas succomber à la tentation de dire que nous sommes extrémistes ou idéalistes simplement parce que nous avons une vision différente des problèmes de santé mentale et de l'inégalité. Ce n'est pas le cas. Cette vision vise justement à résoudre le problème.

Je vais utiliser les quelques minutes qu'il me reste pour vous parler des messages essentiels qui se dégagent de mon court article ici.

Il y a dorénavant beaucoup de sources judiciaires nationales, dont des arrêts de la Cour suprême du Canada (particulièrement l'affaire *Starson c. Swayze*, mais il y en a d'autres aussi), dans lesquelles on reconnaît juridiquement que les bénéficiaires en santé mentale souffrent d'inégalité, de discrimination, de marginalisation et d'exclusion. Il y a aussi des sources internationales qui reconnaissent la même réalité centrale. Les Nations Unies, par le comité spécial sur la Convention internationale pour la promotion et la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes handicapées, dont je parle à la page 22, essaient maintenant de faire adopter une convention internationale sur les droits de toutes les personnes handicapées, y compris les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Nous voyons là la cristallisation à l'échelle mondiale d'une vision des personnes handicapées et de leur vécu. Cette vision ne nous dit pas que nous devons intervenir et les désactiver, mais plutôt que nous devons reconnaître l'inégalité et la discrimination dont ils font l'objet et y réagir de façon fondamentale. Le milieu judiciaire et la communauté internationale se dégagent graduellement des exemples de coercition et d'intervention.

Enfin, à partir de la page 24, je vous donne plusieurs exemples ou pistes d'exemples de lois qui s'inspirent d'un modèle différent favorisant directement l'égalité.

À la page 26, je me risque à rédiger ma propre loi. Je vous ai également distribué un article que j'ai écrit et publié sur la question. Ma loi vise la promotion de l'équité et minimise les interventions pour les cas où, à mon avis, elles devraient être considérées comme des solutions de dernier recours, plutôt que la première option. Il y a également des articles ou des renvois qui

Law in the United States and the Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division, which have a different view of mental health legislation.

I regret that I do not have a chance to address this statute, but I have provided what I think are frequently offered critiques of community treatment orders. Community treatment orders, like many other forms of intervention, are often seen as the answer to dealing with people who have mental problems who want to live in the community, whereas there is no research to support that confidence in community treatment orders. Quite the contrary, there are constitutional, legal and moral objections to community treatment orders, and these objections say we should not resort to them.

I wish I had more time to talk with you because these are such tough issues, and you are only beginning to deal with the legislative and legal aspects. I hope, through my comments this morning, and through the materials that I have provided, that you might begin to build resources that would challenge the status quo vision of mental health law and policy in Canada.

Senator Joan Cook (*Acting Chairman*) in the chair.

The Acting Chairman: Mr. Kaiser, we all suffer from lack of time. While we attempt to compress the presentations, we like to leave time for questions from the panel. Hopefully we will get all the points in.

Mr. Christopher McNeil, Deputy Chief, Halifax Regional Police: As I was preparing comments over the last couple days and reviewing reports, I reflected on how ill-equipped I felt to respond as a front-line police professional to complex issues. Sitting beside and following Professor Kaiser only heightened my apprehension, in spite of his best efforts several years ago to teach me otherwise.

There are many more knowledgeable people than me that have presented to this committee, and police communities throughout the country face similar concerns. I will try, simply, to relate some of the Halifax experience and give you a more practical view of the ground, in the experience of one beat cop.

The Halifax Regional Police supports the principle that persons with mental illness should receive services and supports in the community where they live, and endorses many of the things that you acknowledge in your report. The ideal that persons with mental illness should be as integrated into the community as possible is laudable. It is not debatable that all persons in the community should feel a sense of belonging, and be

sont inspirés par le Bazelon Centre for Mental Health Law aux États-Unis et l'Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse, qui ont un point de vue différent pour ce qui est des lois touchant la santé mentale.

Je regrette de ne pas pouvoir vous entretenir plus à fond de cette loi, mais je vous ai tout de même fait part des critiques les plus souvent entendues relativement aux ordonnances de traitement en milieu communautaire. Comme bien d'autres formes d'intervention, ces ordonnances sont souvent considérées comme la solution à privilégier pour les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale qui souhaitent vivre dans la communauté, alors qu'aucune recherche ne vient en étayer l'efficacité. Bien au contraire, des objections d'ordre constitutionnel, juridique et moral devraient nous amener à renoncer à avoir recours à ces ordonnances de traitement en milieu communautaire.

J'aimerais avoir plus de temps pour vous parler de ces questions fort complexes, car vous commencez à peine à aborder les aspects législatifs et juridiques. J'ose espérer que mes commentaires de ce matin ainsi que les documents que je vous ai fournis contribueront à vous donner les moyens de contrer la vision de statu quo actuelle pour les lois et les politiques en matière de santé mentale au Canada.

Le sénateur Joan Cook (présidente suppléante) occupe le fauteuil.

La présidente suppléante : Monsieur Kaiser, nous déplorons tous le manque de temps. Nous nous efforçons ainsi de comprimer les déclarations de sorte que les sénateurs puissent poser des questions. Nous espérons de cette façon pouvoir aborder tous les aspects de la question.

M. Christopher McNeil, chef adjoint, Police régionale de Halifax : Voilà quelques jours que je prépare mes observations en examinant différents rapports, et je peux vous dire qu'un professionnel de la police de première ligne comme moi ne se sent pas parfaitement apte à discuter de ces questions complexes. Et ce n'est pas la présence à mes côtés du professeur Kaiser qui va calmer mes appréhensions, d'autant plus que je prends la parole juste après lui, malgré qu'il ait fait de son mieux il y a bien des années pour parfaire mon éducation.

Votre comité a entendu de nombreux témoins qui en connaissent bien davantage sur la question et il est bien certain que les services de police de tout le pays sont confrontés à des préoccupations semblables. Je vais donc simplement essayer de vous parler un peu des expériences vécues à Halifax et de vous présenter le point de vue plus pratique d'un policier qui travaille sur le terrain.

La Police régionale de Halifax est favorable au principe voulant que les personnes atteintes de maladie mentale reçoivent les services et le soutien nécessaires au sein des communautés où elles résident, et adhère à bon nombre des conclusions que vous tirez dans votre rapport. L'objectif d'intégrer le plus possible à la communauté les personnes souffrant de maladie mentale est fort louable. Il va de soi que toutes les personnes vivant dans une

empowered to live on their own terms. For those suffering from mental illness though, unfortunately, this is not possible without a quality community-based mental health system.

Sadly, as your report notes, such services simply do not exist in the community, with sufficient capacity. Ultimately, the lack of supports all too often leads to crises, and places individuals in conflict with their community. As you note in the report, often it is the police who must respond in those crises.

Over the last five years, the Halifax Regional Police, HRP, has seen a steady increase in the number of times we have responded to people with mental health crises. At the same time, the amount of time spent on those calls has more than doubled. The increase in time spent on such calls, in large part, is attributed directly to the time spent waiting in hospital emergency rooms for an examination. That situation speaks volumes to a system that does not meet the need of individuals with mental illness. One can only imagine that if an institution such as the police face such barriers when it confronts the system, it must be even more difficult for individuals to access the same services on their own. The result has been a revolving door of civil commitment starting with an individual in crisis, leading to a conflict with their community, a police response, detention pursuant to the Hospitals Act, if only a short duration, and an eventual return to the community. It is unlikely this cycle can be broken without addressing the underlying reasons that led to the crisis in the first place. All too often, people return to the community without addressing the very conditions that led them to crisis. How can we expect they will be successful?

In our view, the answer is not complicated. It requires a fully resourced community-based model that integrates services such as mental health care, addiction services, and support services such as housing, education and employment. We recognize the need to have such services to be client-centred. Our experience highlights the problems when you try to support a person with multiple concerns, with a system built along functional lines. If we are to respond to the needs of the mental health consumer, the response must recognize that, in many cases, mental illness, addiction, and homelessness are intermixed in one individual. We cannot treat one without treating the other.

We must acknowledge though that even in the best systems, people will end up in crisis and we, as the police, must respond. In our view, it is trite to say that police need additional training. Without a doubt, that is true. Mandatory training and education are given at both recruit and advanced patrol levels. All too often though, we leap to training as the answer, but in our view it is only one part of the solution. Mandatory police training does

communauté devraient développer un sentiment d'appartenance et pouvoir vivre de la manière qui leur convient. Pour les personnes aux prises avec une maladie mentale, cela n'est malheureusement pas possible sans le soutien d'un système communautaire de qualité.

Il est triste de constater, comme vous le faites dans votre rapport, que de tels services n'existent tout simplement pas dans la communauté, du moins pas dans une mesure suffisante. Le manque de soutien mène trop souvent à des situations de crise et crée une relation conflictuelle entre ces personnes et leur communauté. Comme vous le signalez dans votre rapport, c'est souvent la police qui doit intervenir lorsque ces crises éclatent.

Au cours des cinq dernières années, la Police régionale de Halifax a constaté une augmentation constante du nombre de ses interventions d'urgence en santé mentale. En outre, le temps consacré à ces interventions a plus que doublé. L'accroissement de la durée de ces interventions est en grande partie attribuable au temps passé à attendre un examen dans les urgences des hôpitaux. Cette situation en dit long sur l'incapacité du système à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale. Si une institution comme la police est confrontée à de tels obstacles pour avoir accès au système, on peut seulement s'imaginer combien il peut être difficile pour une personne d'obtenir par elle-même ces services. Il en est résulté un cercle vicieux d'internements civils : un individu est en crise; il entre en conflit avec sa communauté; la police intervient; il est détenu conformément à la Loi sur les hôpitaux; puis, après une courte période, retourne dans la communauté. Il est peu probable qu'on parvienne à rompre ce cercle vicieux sans s'intéresser aux motifs fondamentaux qui ont été à l'origine de la crise. Trop souvent, les gens retournent dans la communauté sans qu'on n'ait rien changé aux conditions mêmes qui les ont placés en situation de crise. Comment croyez-vous qu'ils puissent s'en sortir?

Selon nous, la réponse n'est pas compliquée. Nous avons besoin d'un modèle communautaire doté de toutes les ressources nécessaires pour regrouper les services dont les soins de santé mentale, les services pour toxicomanes et les services de soutien comme le logement, l'éducation et l'emploi. Nous sommes conscients que de tels services doivent être offerts à partir d'une perspective client. Nous savons d'expérience que des problèmes se posent lorsqu'on essaie d'aider des gens dont les préoccupations sont variées au moyen d'un système articulé autour des liaisons fonctionnelles. Si nous voulons répondre aux besoins des bénéficiaires en santé mentale, il faut reconnaître que, dans bien des cas, un même individu est aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'itinérance. Il est impossible de traiter l'un de ces problèmes sans tenir compte des autres.

Il faut aussi admettre le fait que même si le système est optimal, des gens vont se retrouver en situation de crise et nous, des services policiers, devons intervenir. À notre avis, il ne sert à rien de dire que les policiers ont besoin de formation additionnelle. Cela ne fait aucun doute. Des séances de formation et des cours obligatoires sont dispensés tant aux recrues qu'aux patrouilleurs chevronnés. On considère toutefois trop souvent que la formation

nothing to address the systemic problems that exist in the system, nor does it recognize that a police response is but one part of the solution.

HRP supports a more integrated response, which in our view must include coordinated efforts between emergency room personnel and police to reduce the interference with individual liberty and lessen the negative impact on the mental health consumer, or ideally, a reception centre specialized in mental health care.

In addition, it must include integrated crisis intervention procedures with mental health personnel either through joint teams or through greater liaison, or specially trained officers who could respond to individuals in crisis through a multi-disciplinary approach.

I will conclude with what we see as an increasing move. It started in the mental health sector with institutionalization almost 20 years ago to more community-based models, and unfortunately, an under-resourced community-based model is all too familiar to the police.

The parallels to the move to community justice models are obvious. We only need to consider youth justice. To date, the promise of a more meaningful youth justice system has been an empty promise for many. Young people remain in the community without the necessary support to overcome the very social conditions that brought them into conflict with the law.

In the case of youth justice it seems the Government of Canada assumed that legislation would be successful without any new investment for the services required to abate the underlying causes of delinquency. It is not sufficient simply to mandate a better system from on high and abdicate the responsibility to supply the necessary services to support such a system. The same could be said for mental health consumers. The result is not a more compassionate system, but one that simply abandons people in the community.

In conclusion, it is often the police who must catch those who fall through the cracks of the social safety net. Increasingly, persons in the midst of a mental health crisis are just such persons. We acknowledge that all too often the tools at our disposal, such as the criminal law and civil commitment, are blunt instruments and they are simply not adequate. The results have been that instead of a better and more meaningful system, essentially, as Professor Kaiser noted, events lead to criminalization of the mentally ill, but we try to force them into a system simply not equipped to deal with them. To live up to the promise of a better and more compassionate mental health system, we must move away from the over-reliance on crisis response to a fully resourced community model that is focused on the consumer.

est la panacée, alors qu'elle n'est, selon nous, qu'un élément de solution. La formation policière obligatoire ne peut aucunement régler les problèmes chroniques qui affectent le système, pas plus que tenir compte du fait que l'intervention policière n'est qu'une partie de la solution.

La Police régionale de Halifax est favorable à une réponse mieux intégrée qui exige des efforts coordonnés du personnel des urgences et des forces policières afin de limiter les entraves aux libertés individuelles de même que les répercussions négatives sur le bénéficiaire en santé mentale avec, idéalement, un centre d'accueil d'urgence spécialisé en soins de santé mentale.

Il faut prévoir en outre des procédures intégrées d'intervention en cas de crise de concert avec les préposés en santé mentale, que ce soit au moyen d'équipes communes ou d'une liaison améliorée, ou d'officiers spécialement formés pour assister les personnes en crise via une approche multidisciplinaire.

Je vais vous parler en terminant d'une tendance que nous constatons de plus en plus. Elle s'est amorcée il y a près de 20 ans dans le secteur de la santé mentale où l'on est passé de l'institutionnalisation à des modèles davantage communautaires, lesquels manquent malheureusement de ressources, une situation que les policiers doivent trop souvent déplorer.

On peut facilement faire le parallèle avec la transition vers les modèles de justice communautaire. Il suffit de penser au système de justice pour les jeunes. On a promis un système mieux adapté pour les jeunes, mais cela reste pour plusieurs des paroles en l'air. Les jeunes demeurent dans la communauté sans bénéficier du soutien nécessaire pour améliorer les conditions sociales qui les ont amenés à contrevenir aux lois.

Dans le cas de la justice pour les jeunes, il semblerait que le gouvernement du Canada ait présumé que la loi produirait les résultats escomptés sans qu'on ait à consentir de nouveaux investissements au titre des services requis pour éradiquer les causes profondes de la délinquance. Les autorités ne peuvent pas simplement approuver un système amélioré en rejetant la responsabilité d'offrir les services nécessaires pour appuyer un tel système. On pourrait dire la même chose pour les bénéficiaires en santé mentale. Bien loin d'obtenir un système davantage axé sur la compassion, on en vient à abandonner simplement les gens dans la communauté.

En conclusion, je dirais que c'est souvent la police qui doit recueillir les gens qui passent à travers les mailles du filet de sécurité sociale. De plus en plus souvent, il s'agit de personnes vivant une situation de crise en santé mentale. Nous sommes conscients que trop souvent les outils à notre disposition, comme le droit pénal et l'internement civil, sont des instruments plutôt radicaux qui ne conviennent tout simplement pas à la situation. Il en ressort que plutôt que de pouvoir compter sur un système amélioré et mieux adapté, les événements mènent essentiellement, comme le professeur Kaiser l'a noté, à la criminalisation des personnes aux prises avec la maladie mentale, alors que nous les obligeons à se tourner vers un système qui ne convient pas à leur situation. Pour remplir la promesse d'un système de santé mentale amélioré et plus compatissant, nous devons cesser de trop

[Translation]

Ms. Shirley Heafey, Commission for Public Complaints Against the RCMP: Madam Chair, it is a pleasure for me to be here today. Thank you for inviting me to speak to you about a very important subject that is very dear to my heart.

[English]

I have read the transcripts of some of the witnesses who appeared before you and I know that some of what I will say will echo a lot of these things, but I hope that it is helpful to hear from a civilian agency dealing with some of these problems, and also from someone who has long-term personal involvement with the issues.

I will start off by telling you about the experience I have that is relevant to the topic we are talking about. I have been Chair of the Commission for Public Complaints Against the RCMP, CPC, for almost eight years. I am a lawyer, and I have come here wearing two hats, one as the Chair of the CPC. I have the responsibility as chair to examine, discuss and recommend changes to policing policy, and in this case policy dealing with people in a mental health crisis when they are dealing with the police.

The second hat I wear is less defined and much more personal. I am the main support person for my younger brother who, at 48, has lived with paranoid schizophrenia since the age of 19. He has lived on and off the street for almost 25 years, and has been in and out of jail in almost every province in this country. He is not generally violent. He has a brilliant mind when it works well, but of course, it does not always. He is detained or arrested for offences having to do with being a nuisance or disturbing the peace. He often will not take his medication and he drinks too much sometimes, as he tells me, to drown out the loneliness that he has to live with. He has hallucinations, and he is extremely nervous and fearful, especially during bouts of paranoia. He makes people on the street nervous, of course, when he talks to himself or to imaginary people, and police are called to pick him up.

If police approach him aggressively his nerves spin out of control and fear just takes over. The usual result is a violent confrontation because often police just do not know what to do or how to deal with him. He has been in numerous jails and I have visited him in many of these, finding him with broken teeth, a bruised face and broken bones. These injuries have often resulted from being forcibly subdued by police.

Since my appointment as Chair of the CPC almost eight years ago, this has been one of my priority areas, and all managers at the CPC are sensitive to that. Every day, first thing, I scan media reports from all over the country just to keep on top of the issues

compter sur les interventions en cas de crise pour diriger nos efforts vers un modèle communautaire doté de toutes les ressources nécessaires et axé sur le client.

[Français]

Mme Shirley Heafey, Commission des plaintes du public contre la GRC : Madame la présidente, il me fait plaisir d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de m'avoir invité. C'est un sujet qui est très important et qui m'est très cher.

[Traduction]

J'ai lu les transcriptions de certains témoignages que vous avez entendus et je sais qu'une partie de ce que je vais dire va faire écho aux propos de ces témoins, mais j'ose espérer qu'il vous sera utile de connaître la perspective d'une organisation civile s'intéressant à quelques-uns de ces problèmes, ainsi que le point de vue de quelqu'un qui possède une longue expérience personnelle de ces questions.

J'aimerais d'abord vous parler de mon expérience pertinente au sujet d'aujourd'hui. Je suis présidente de la Commission des plaintes du public (CPP) contre la GRC depuis près de huit ans. Je suis avocate et je suis venue ici en assumant deux rôles. D'abord, à titre de présidente de la CPP, j'ai la responsabilité d'examiner les politiques en matière de maintien de l'ordre, d'en discuter et de recommander des modifications, notamment, dans le cas qui nous intéresse, pour les interventions auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Mon deuxième rôle est moins précis et beaucoup plus personnel. Je suis la tutrice principale de mon jeune frère de 48 ans qui vit avec une schizophrénie paranoïde depuis l'âge de 19 ans. Pendant près de 25 ans, il a été sporadiquement sans abri et a fait des séjours occasionnels dans les prisons de presque toutes les provinces du pays. Il n'est généralement pas violent. Il est brillant lorsque son état est satisfaisant, mais ce n'est bien sûr pas toujours le cas. On l'arrête et on le met en détention pour nuisance publique ou pour avoir troublé la paix. Il refuse souvent de prendre ses médicaments et il abuse de l'alcool afin, m'a-t-il dit, d'échapper à sa solitude. Il a des hallucinations et devient extrêmement nerveux et craintif, surtout pendant ses accès de paranoïa. Lorsqu'il se parle à lui-même ou qu'il s'adresse à ses compagnons imaginaires dans la rue, il rend les gens nerveux autour de lui et on finit par appeler la police pour qu'il soit appréhendé.

Si les policiers ont une approche agressive, il perd le contrôle et la peur l'envahit. Il s'ensuit habituellement une confrontation violente car, souvent, les policiers ne connaissent pas d'autres façons de gérer la situation. Il a séjourné dans d'innombrables prisons et je lui ai rendu visite dans plusieurs d'entre elles où je le trouvais couvert d'ecchymoses au visage et avec des dents et des os cassés. Trop souvent, ses blessures étaient le résultat d'une altercation avec la police.

Depuis que je suis présidente de la CPP voilà bientôt huit ans, il s'agit d'un domaine prioritaire pour moi et tous les gestionnaires et le personnel de la CPP en sont conscients. Chaque matin, je lis d'abord les rapports des médias qui traitent des activités du

that are developing in different areas, and different challenges that police face. It is good for us to know, especially because the RCMP is a federal police force and they are stationed all over the country. Although we are responsible for the oversight of conduct of the RCMP, it is something that we do automatically. I follow up on all reported incidents of interaction between police and the mentally ill; I track the stories. I read court transcripts of some of these cases, and coroners' inquests, to see what juries are saying as well. I am part also of the Policing and Mental Health Liaison Association in which some of your previous witnesses are also members. We are generally well-informed at the CPC about the problems in this area because of the research and monitoring we do.

I have also been frequently consulted by different divisions and provinces of the Canadian Mental Health Association. They have asked me for suggestions and advice about what they could do to be helpful to the police in this area. My primary goal is to help ensure that police leaders give officers who are out on the street the tools they need to deal with this complex situation so they can deal with it appropriately. Finally, my goal is to encourage the health care system to support the work of the police because I have been a witness to the huge burden that this situation has imposed on the police.

With few exceptions, I have found Canadian police to act in good faith and do what they have been trained to do. That is where the problem often arises because police are at the front-line. They are the first responders and they have to deal with the situation they come up against.

In 2003, I watched a CBS program, *60 Minutes*, and they said that one in every 10 9-1-1 calls concerned a person with a mental illness. This is in the States but nonetheless, they have done a lot of work and a lot of research in this area; a lot more than we have in Canada. They even reported that it is surprisingly common that either the police officer, the person with mental illness or both will die in response to these calls.

The situation is somewhat similar in Canada. Between 7 per cent and 15 per cent of police contacts are with people who have a mental illness, so the statistics we have are high. Most provinces have drastically reduced the number of beds available in mental health facilities. There is less supervision to ensure that medication is taken, and as you all know, too many people end up on the street, and it is the police who bear the brunt of this societal shift.

[Translation]

Several years ago in Calgary, the provincial police were receiving four calls a day about persons suffering from a mental illness. Today, this number has risen to 13 calls per day, a sign that this is a major problem.

maintien de l'ordre dans tous les services de police du Canada pour être à l'affût des tendances et des problèmes d'un bout à l'autre du pays. Il est bon que nous suivions la situation de près, surtout compte tenu de la présence de la GRC dans toutes les régions du pays en tant que force de police fédérale. Nous sommes responsables de l'examen de la conduite de la GRC, mais c'est une surveillance générale que nous exerçons automatiquement. Je fais un suivi de tous les incidents qui me sont signalés concernant les problèmes entre la police et une personne atteinte d'une maladie mentale; je suis les faits et les développements. Pour quelques-unes de ces causes, je lis les transcriptions de la cour ainsi que celles des enquêtes du coroner pour savoir ce que les jurés ont dit. Je suis également membre de la Policing and Mental Health Liaison Association dont certains de vos témoins antérieurs font partie. À la CPP, nous connaissons bien les problèmes dans ce domaine en raison des recherches et des suivis que nous effectuons à ce sujet.

Différentes divisions et sections provinciales de l'Association canadienne pour la santé mentale me consultent fréquemment. On veut connaître mes suggestions et mes conseils sur la façon dont on peut aider la police dans ce domaine. Mon objectif premier est de garantir que les chefs de police donnent aux policiers, qui arpentent les rues chaque jour, les outils appropriés pour intervenir efficacement lors de ces situations complexes. Je veux également que le système de soins de santé appuie le travail de la police, car j'ai bien conscience qu'il s'agit d'un lourd fardeau pour les policiers.

Mises à part quelques exceptions, j'ai conclu qu'au Canada, les policiers agissaient de bonne foi et simplement selon la formation obtenue. Nous voilà au cœur du problème car les policiers se retrouvent en première ligne. Ils sont souvent les premiers intervenants auprès des personnes en crise et doivent pouvoir réagir en conséquence.

En 2003, une émission de *60 Minutes* au réseau CBS indiquait qu'un appel sur 10 acheminés au service d'urgence 911 concernait une personne atteinte d'une maladie mentale. Il s'agit bien sûr des États-Unis, mais nos voisins du Sud ont effectué énormément de travail et de recherches à ce sujet; beaucoup plus que nous au Canada. On a même affirmé qu'il était étonnamment courant que le policier qui a répondu à l'appel ou la personne ayant des troubles mentaux meure, quand ce ne sont pas les deux à la fois.

La situation est assez semblable au Canada. Les statistiques révèlent qu'une proportion élevée, entre 7 p. 100 et 15 p. 100, des interventions policières sont réalisées auprès de personnes atteintes d'une maladie mentale. La plupart des provinces ont réduit considérablement le nombre de lits disponibles dans les établissements psychiatriques. On surveille moins la prise de médicaments et, comme vous le savez, trop de personnes se retrouvent à la rue. Ce sont les services de police qui soutiennent tout le poids de ce changement sociétal.

[Français]

Par exemple, à Calgary, il y a quelques années, la police provinciale recevait quatre appels par jour concernant des personnes atteintes d'une maladie mentale. Maintenant, elle doit traiter 13 appels par jour, c'est donc un signe du problème.

What can be done to improve the situation? Clearly, law enforcement officers must acquire a better understanding of problems and of the people with whom they intervene.

Since they are generally the first to respond, they need to have the right tools and the proper training to intervene. Based on my experience, for the past eight years or so, law enforcement agencies in this country have not made the training of officers to deal with cases like this a priority, despite the fact that officers are called upon to deal with incidents like this on a daily basis.

Our Commission has received a number of complaints, including several highlighting instances where clearly the police did not have the resources to intervene to deal with a person in a crisis situation.

[English]

We had a recent case where, because of the inappropriate tactics used by police to deal with someone in a mental health crisis, it was close to a miracle that the police and the person with the mental illness did not end up seriously injured or dead. Police are trained to be authoritative and that generally makes sense. They are trained to talk loudly and appear physically imposing in order to be authoritative, but when dealing with the mentally ill, these methods often have the opposite result in behaviour. Rather than calming a person down, these approaches can make the person a lot more frantic, and I have seen that personally. In many cases, if a person in a mental health crisis is challenged, criticized, shouted at, physically blocked or restrained, there is a significant risk that the person will become more aggressive to protect themselves against the perceived danger. If the person becomes defensive, they are sometimes imbued with a superhuman strength or they may try to harm themselves or others around them. This behaviour will obviously escalate the use of force necessary to ensure the safety of all involved. The fact is that traditional policing practices do not work in the way they are meant to work, in dealing with people who are in a mental health crisis.

The CPC has had a number of occasions to observe RCMP treatment of persons in a mental health crisis. Some of the officers involved have unequivocally said in their statements that they were not equipped to deal with the situation, that they had not been trained to deal with this unique problem.

RCMP policy on this issue has not changed over the past 10 years. In 2003, during the course of a judicial inquiry into the RCMP shooting death of a person in a mental health crisis, the judge stated that RCMP training to deal with mentally ill people varied from non-existent to less than adequate, and that all three RCMP incident officers welcomed the idea of more and better training in this area. My colleague noted that training is not a panacea, but you have to start somewhere, and when the life of the officers and the clients are at stake, it is a tool that at least the police officers can use.

Comment pouvons-nous améliorer la situation? Les policiers doivent définitivement acquérir une meilleure compréhension des problèmes et des personnes auprès desquelles ils interviennent.

Étant donné qu'ils sont généralement les premiers répondants, ils ont besoin des outils nécessaires et d'une formation adéquate pour intervenir. D'après mon expérience, depuis presque huit ans, les services de police de ce pays n'ont pas fait de la formation dans ce domaine une de leurs priorités malgré le fait que le problème est quotidien pour les policiers qui travaillent sur la voie publique.

Notre commission a reçu un certain nombre de plaintes parmi lesquelles les policiers, de toute évidence, n'avaient pas les ressources pour intervenir auprès d'une personne en état de crise.

[Traduction]

Nous avons reçu récemment un dossier qui démontrait qu'à la suite de tactiques inappropriées utilisées par les policiers lors d'une intervention auprès d'une personne en état de crise, il tenait pratiquement du miracle que les policiers impliqués et la personne appréhendée n'aient pas subi des blessures importantes, voire mortelles. Nous formons les policiers pour qu'ils dégagent une impression d'autorité et, en général, cette démarche est sensée. Nous les formons pour qu'ils parlent fort et qu'ils soient physiquement menaçants mais, lors d'interventions auprès de personnes ayant des troubles mentaux, on obtient souvent le contraire du résultat escompté. Alors qu'on est censé calmer la personne, cette dernière devient davantage affolée, et j'en ai été moi-même témoin. Dans bien des cas, si une personne en état de crise est mise au défi, critiquée, engueulée ou qu'elle est retenue physiquement, il y a un risque important qu'elle devienne davantage agressive afin de se protéger du danger perçu. Lorsque la personne est ainsi sur la défensive, elle a parfois l'impression de posséder un pouvoir surhumain ou elle peut tenter de se blesser ou de blesser les personnes qui l'entourent. Il est bien évident qu'il faut alors déployer une force accrue afin d'assurer la sécurité de toutes les personnes concernées. De toute évidence, les méthodes traditionnelles de maintien de l'ordre n'apportent pas les résultats souhaités lorsqu'il est question d'intervenir auprès d'une personne atteinte d'une maladie mentale.

La CPP a eu à quelques reprises l'occasion d'observer la façon dont la GRC traite les personnes en état de crise. Certains policiers ont déclaré sans équivoque qu'ils ne possédaient pas les ressources pour gérer la situation, qu'ils n'avaient pas reçu la formation adéquate pour intervenir en pareil cas.

Au cours des 10 dernières années, les politiques de la GRC en la matière n'ont pas été modifiées. En 2003, la GRC a fait l'objet d'une enquête judiciaire sur la mort par balles d'une personne en état de crise. Le juge a affirmé que la formation de la GRC en ce qui concerne les maladies mentales est inexistante ou insuffisante et que les trois membres de la GRC visés dans cette affaire accepteraient volontiers de recevoir une formation plus approfondie et adéquate. Mon collègue ici présent a souligné que la formation n'est pas une panacée, mais il faut bien commencer quelque part et il s'agit certes d'un outil que les agents de police doivent avoir à leur disposition lorsque leur vie et celle des clients sont en jeu.

In one recent report that we released, I recommended to the RCMP that specialized training be given to police officers on the street who deal with these situations. Unfortunately, the recommendation was dismissed with the statement that they already had general guidelines in place, intervention models, and that was good enough. However, this model was developed not to deal with people in a mental health crisis. To say that you can communicate with somebody who is in that kind of crisis in the same way that you can communicate with somebody who is not in a mental health crisis is insupportable.

During a judicial inquiry in 2003, two RCMP training experts testified in support of this and said there are "many special considerations" when dealing with someone in a mental health crisis, and "the knowledge and skills possessed by the responding members often have serious implications on the outcome of the crisis."

The Vancouver Chief of the Police, a former member of the RCMP, was the one champion I know of the mental health dealings with police and people in a mental health crisis, and I travel throughout the country visiting RCMP. He is now the Vancouver Chief of Police. Basically, he was the champion. He has left the RCMP and there is not a whole lot going on in the RCMP in this area. He and a colleague developed a small tool, but some of the people in the Montreal Police Service and a number of police services across the country have used this tool. It is a little card that a police officer could keep in a pocket. It emphasized what to do if they think they have come up against somebody who is in a mental health crisis. The card says, first, speak slowly and simply. Second, refrain from giving rapid orders, shouting or threatening aggressive action. Third, be patient because the person may have trouble understanding questions or framing answers. Do not assume that a person who does not respond does not hear. The person may be overwhelmed with sensations, thoughts, and frightening beliefs. Repeat instructions slowly. Move slowly. Do not crowd the person or move into their zone of comfort. Be ready to step back and use non-confrontational posture because crowding an already paranoid or agitated person may cause them to react violently.

Keeping in mind these guidelines that I have just read, I would like to summarize an incident that was the basis of a major report prepared by our commission last year and it is on our website. A lot of research went into it, and one of the people who was part of this particular project was Dr. Dorothy Cotton who appeared here a few weeks ago, I think.

The police officers did exactly the opposite of what these recommendations say. We received a complaint from the mother of a young man, 26 years old, living with paranoid schizophrenia. RCMP members tried to apprehend the woman's son pursuant to an involuntary medical examination order. The son was contained in his home, and was known to police because of

Dans un rapport que nous avons publié récemment, je recommandais à la GRC qu'on donne une formation spécialisée aux policiers qui patrouillent les rues et qui s'engagent dans ce genre de situation. Malheureusement, on a rejeté cette recommandation en affirmant que les lignes directrices et les modèles d'intervention actuellement en place sont suffisants. Ce modèle général n'a toutefois pas été développé pour intervenir auprès des gens qui sont en situation de crise. Il est inadmissible qu'on puisse prétendre qu'il est possible de communiquer avec une personne en état de crise comme on le fait avec toute autre personne.

Au cours d'une enquête judiciaire qui s'est déroulée en 2003, deux experts en formation de la GRC ont affirmé qu'il existe « de nombreux facteurs particuliers à prendre en compte » lorsqu'on intervient auprès d'une personne qui est en état de crise et que « les connaissances et les compétences que possède le membre qui répond à l'appel ont souvent des répercussions importantes en ce qui concerne le dénouement de la crise ».

Le chef des services de police de Vancouver, ancien membre de la GRC, était l'un des meilleurs experts que je connaisse en matière de négociations entre la police et les personnes en état de crise, et j'ai visité les détachements de la GRC dans l'ensemble du pays. Il occupe maintenant le poste de chef des services de police de Vancouver. En peu de mots, il était le meilleur à ce chapitre. Il a quitté depuis la GRC, et les choses n'ont pas beaucoup évolué à ce chapitre au sein de la GRC. Un collègue et lui ont élaboré un petit outil dont se servent les membres des services de police de Montréal et de plusieurs autres villes canadiennes. C'est une carte que chaque policier peut porter sur lui et qui met l'accent sur les mesures à prendre s'il croit intervenir auprès d'une personne en état de crise. Premièrement, il faut parler lentement et simplement. Deuxièmement, il faut s'abstenir de donner des ordres rapidement, de crier ou de poser un geste menaçant et agressif. Troisièmement, il faut être patient car la personne a peut-être de la difficulté à comprendre les questions ou à formuler des réponses. Il ne faut pas supposer qu'une personne qui ne répond pas n'entend pas. Elle peut se sentir submergée de sensations, de pensées et de croyances effrayantes. Il faut répéter lentement les directives et bouger lentement. Il ne faut pas se masser autour d'elle, ni tenter d'entrer dans sa zone de confort. Il faut être prêt à reculer et à adopter une attitude non agressive, car se presser autour d'une personne qui est déjà paranoïaque ou agitée peut l'amener à réagir violemment.

Ayant à l'esprit ces lignes directrices que je viens de lire, je souhaiterais vous résumer un incident sur lequel s'est fondée notre commission pour rédiger un rapport important l'an dernier, rapport qui est affiché sur notre site Web. Le rapport a nécessité beaucoup de recherche, et Dorothy Cotton qui a comparu devant vous il y a quelques semaines, je pense, a été l'une des participantes à ce projet particulier.

Les policiers ont fait exactement le contraire des mesures proposées dans ces recommandations. Nous avions reçu une plainte de la mère d'un jeune homme de 26 ans qui souffrait d'une schizophrénie paranoïde. Des membres de la GRC ont tenté d'appréhender le fils en vertu d'une ordonnance pour l'examen obligatoire d'une personne par un médecin. Le jeune homme se

past similar incidents. It was a small town. He was clearly having delusions and fears about the police harming him. Because he was alone in his home, he did not initially pose a danger. The officers arrived and began yelling at him to come out of the house. Simultaneously they banged on his front and back door. They kicked in his back door, ripped it off and were trying to get through windows on the side of his building. They tried to enter his home forcibly. He was already paranoid and agitated. These actions escalated the problem to the point where one of the members pepper-sprayed the young man 25 times in 40 minutes through the window, trying to subdue him.

One of the members had a gun trained on the scene, and the young man used makeshift sticks to push them out of the windows of his home. A neighbour observed this and called the young man's mother. As soon as she arrived on the scene she talked to him from outside, calmed him down and within minutes he came out. Once he was calm, he came out and the incident was over. However, the way the RCMP members handled this could have been very, very serious for them as well as for the young man.

I concluded that the police used excessive force against the young man, but I could not totally fault the members because they had not received any training. They did what they thought they needed to do. One of them at the end gave us a statement and said, "I cannot understand why he did not want to obey our orders. What was his motive?" The young man was not thinking, and he did not have motives. He was reacting from fear and he was having a serious mental health crisis. I could not fault the members. They had not received any training. They were doing what they were trained to do to apprehend someone.

[Translation]

On February 16, 2005, Moose Jaw's Chief of Police, Terry Coleman, testified before this committee. I believe, as he does, that training is not a panacea and that other steps must be taking, notably, setting guidelines and developing tools specifically for police officers.

[English]

Chief Coleman was right, as Deputy Chief McNeil is right. I emphasize training and I am well aware that it is only part of the answer, but it has not been a priority. There are pockets across the country where they have put a lot of effort into training, but certainly not the RCMP. These pockets are scattered throughout the country, and there are other police services as well where it is not a priority: "What we have in place is good enough and let us just keep working on that." However, training is the responsibility of the police. They need it to protect their lives as well.

trouvait dans sa demeure et était connu de la police en raison d'incidents analogues survenus dans le passé. Il s'agit d'une petite localité. Il était évident que le jeune homme délirait et avait peur que la police lui fasse du mal. Puisqu'il était seul chez-lui, il ne constituait pas une menace à ce moment-là. Les policiers sont arrivés et ont commencé à crier pour lui ordonner de sortir de la maison tout en donnant de grands coups dans les portes avant et arrière. Ils donnaient des coups de pied dans la porte arrière pour la défoncer et essayaient d'entrer par les fenêtres donnant sur le côté. Ils ont essayé de pénétrer de force dans sa demeure. Il était déjà agité et paranoïaque. La situation s'est aggravée à un point tel qu'un membre de la GRC a aspergé l'homme de gaz poivré 25 fois en 40 minutes par la fenêtre afin d'essayer de le neutraliser.

Un des membres de la GRC avait apporté son arme sur les lieux, et le jeune homme s'est servi de bâtons pour empêcher la police d'entrer par l'une des fenêtres. Une voisine qui assistait à la scène a appelé la mère du jeune homme. Dès que cette dernière est arrivée sur les lieux, elle a parlé à son fils tout doucement de l'extérieur et l'a rassuré. En quelques minutes, il est sorti sans problème. Dès qu'il a retrouvé son calme, il est sorti et l'incident était clos. Cependant, le comportement des membres de la GRC aurait pu être très dangereux tant pour eux que pour le jeune homme.

J'ai conclu que les policiers ont utilisé une force excessive à l'endroit du jeune homme. Cependant, je ne les ai pas entièrement blâmés, puisqu'ils n'avaient reçu aucune formation à cet égard. Ils ont fait ce qu'ils croyaient être nécessaire. Un des policiers qui se trouvait sur les lieux nous a affirmé ceci : « Je ne comprends pas pourquoi il ne voulait pas obéir à nos ordres. Quel était son motif? » Le jeune homme n'a pas réfléchi et n'avait aucun motif. Il a réagi ainsi simplement parce qu'il avait peur et était dans un grave état de crise. Je ne pouvais pas blâmer les policiers. Ils n'avaient reçu aucune formation. Ils essayaient de procéder à une arrestation comme on le leur avait enseigné.

[Français]

Le 16 février 2005, le chef de police de Moose Jaw, M. Terry Coleman, s'est présenté devant ce comité. Je crois comme lui, que la formation n'est pas un remède universel et il faut vraiment établir d'autres moyens, notamment des lignes directrices et des outils précis à l'intention des policiers.

[Traduction]

Le chef de police Coleman avait raison, tout comme le chef adjoint McNeil. Je mets l'accent sur la formation et je suis consciente qu'elle n'est qu'une partie de la solution, mais qu'elle n'a pas été établie comme une priorité. Au Canada, il y a certains endroits où l'on consacre beaucoup d'efforts à la formation, mais ce n'est certainement pas le cas de la GRC. Ces endroits sont dispersés dans l'ensemble du pays, et il y a d'autres services de police où la formation n'est pas une priorité : « Ce que nous avons mis en œuvre est suffisant et nous continuerons simplement à l'appliquer. » Cependant, la formation incombe aux services de police. Les policiers en ont besoin pour se protéger également.

We all know that the police are not the sole proprietors of this problem. The health care system is not responding adequately to the plight that police have been saddled with. The health care system has put people into the community without supervision and support, and the police are stuck with the problem. It is at their front door.

A couple of years ago, at a policing and mental health conference, one of the superintendents from, I think, the Ottawa Police Service, did a little skit with two officers to demonstrate what happens when they go to the emergency room with a person who is in a mental health crisis. It is appalling. They are left waiting there for hours. You have already heard that. They are left waiting there for hours trying to keep this person calm. I have done this with my brother and that is not an easy thing to do. Often you cannot keep that person calm for the length of time that is required to get help. If the hospital will not look after the person, what do the police do? Who can blame them for the temptation to take an easier route and bring the person back to their cells? Numerous police officers have told me about their frustration and the kind of hopelessness they feel when they go to the emergency service.

Regardless of whether we believe that police should deal with this situation, they do have to deal with it. They are stuck with it and they need the training. They have to make it a priority, and hand-in-hand, the health care system somehow has to help them out because it is a problem that is out there in society. It does not belong to them alone.

We have a website and this major report that we did last year is on the website, if you want to consult it. Thank you.

Senator Pépin: Ms. Heafey, what you said regarding the police is interesting. We were told that when there is a medical emergency people will dial 9-1-1, but if the emergency has to do with someone who is suffering from a mental disturbance, they will phone the police. It is the police who take the patient to the emergency room, and just as you said, they wait for hours before the patient is seen.

Mr. McNeil and Ms. Heafey, you spoke about mandatory training. You indicated that the training is short. Yesterday, we discussed how to change the attitudes of people to show more respect for mentally disturbed persons. We said that perhaps training should start in the schools and maybe we should educate teachers. After that, training would help the students. We also need to educate medical students. Now we are saying, and I agree, that policemen need special training.

What would be good training? It has to be mandatory, I agree. Some feel that sending a policeman is the answer to an emergency. There has to be a fast reaction. I understand also that it is difficult to know whether the caller is mentally disturbed or is not. How

Nous savons tous que ce problème ne concerne pas seulement les policiers. Le système de soins ne prend pas les mesures pertinentes pour s'attaquer à la situation critique à laquelle les policiers sont confrontés. Ils laissent les malades dans la collectivité où ceux-ci ne reçoivent pas le soutien ni la supervision dont ils ont besoin, et ce sont les policiers qui doivent composer avec le problème, qui fait partie de leur quotidien.

Il y a quelques années, lors d'une conférence portant sur le maintien de l'ordre et la santé mentale, un surintendant — je pense qu'il appartenait au service de police d'Ottawa — a joué une saynète avec deux officiers pour illustrer ce qui peut arriver lorsque la police emmène une personne en état de crise à l'urgence d'un hôpital. C'est consternant. On les fait attendre pendant des heures. Vous en êtes au courant. On les fait attendre des heures pendant qu'ils essaient de calmer la personne en état de crise. C'est ce que je fais avec mon frère, et ce n'est guère facile. Il arrive souvent que vous soyez dans l'impossibilité de calmer la personne d'ici    ce que vous n'obteniez de l'aide. Si l'hôpital ne peut s'en occuper, quelles mesures la police peut-elle prendre? Qui peut blâmer les policiers d'être tentés d'adopter une solution plus facile et de ramener la personne dans une cellule? De nombreux policiers m'ont parlé de la frustration et du désespoir qu'ils éprouvent lorsqu'ils se rendent à l'urgence d'un hôpital.

Que nous croyons ou non que les policiers devraient intervenir dans une telle situation, il n'en demeure pas moins qu'ils doivent effectivement y faire face. Ils n'ont pas le choix et ils ont besoin de formation. Il faut en faire une priorité, et le système de soins de santé doit d'une façon ou d'une autre collaborer pour les aider parce qu'il s'agit d'un problème qui concerne la société. Ce n'est pas uniquement la responsabilité des policiers.

Nous avons un site Web qui contient ce rapport important que nous avons rédigé l'an dernier, au cas où vous souhaiteriez le consulter. Je vous remercie.

Le sénateur Pépin : Madame Heafey, vos propos sur la police sont intéressants. On nous a dit que les gens composent le 9-1-1 lorsqu'il y a une urgence médicale, mais qu'ils téléphonent à la police si la personne souffre d'un trouble mental. Ce sont les policiers qui emmènent la personne à l'urgence où, comme vous venez de le dire, ils attendent pendant des heures avant que le malade ne soit examiné.

Monsieur McNeil et madame Heafey, vous avez évoqué la formation obligatoire. Vous avez indiqué qu'elle est brève. Hier, nous avons examiné comment changer les attitudes des gens pour montrer davantage de respect envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Nous avons aussi signalé que la formation devrait peut-être commencer à l'  cole et qu'il faudrait peut-être former les enseignants. Par la suite, cette formation aiderait les étudiants. Il faut également éduquer les étudiants en médecine. Nous affirmons — et je suis d'accord sur ce point — que les policiers ont besoin d'une formation spéciale.

Qu'est-ce qu'une formation pertinente? Elle doit être obligatoire, j'en conviens. Selon certains, dépêcher un policier sur les lieux permet de répondre à une urgence. Il faut réagir rapidement. Je comprends également qu'il est difficile de savoir si

can we make the training mandatory? We strongly recommend that policemen should be trained in this regard, but how can we be sure that it will be done? What would be the best way to do the training?

Mr. McNeil: You raise an interesting point and it is the dilemma I think that confronts the policing profession. What does that training look like? I think it is straightforward and there is no debate that compassion and understanding is a given.

Senator Pépin: I want to be sure that the police will be trained. How can we be sure that this type of training it is going to be in their training session?

Mr. McNeil: Mandatory training is mandatory training, and obviously —

Senator Pépin: That sometimes is not done for many reasons.

Mr. McNeil: I can only speak to my experience in Nova Scotia where if you are looking for mandatory training for police officers, then you obviously have to bring to bear on the Minister of Justice that mandatory training is an important thing. If you are looking at a model for changing attitudes, then you need only to look at the training on domestic violence and impaired driving, and recognize that both of those were essentially community driven and driven by the highest law enforcement official in the province, which is the Minister of Justice or the Attorney General.

Mandatory training is simply that, I think. To suggest that mandatory training would not be complied with by policing is simply just not reality. The problem is, I am not sure what traditional police methods look like anymore in today's reality of policing. What is a traditional police response? If I was to look at the response to a citizen with mental health concerns, we are increasingly realizing and confronting a society that is very different than the one we knew, and our response to all citizens of a very diverse population needs to be varied. There is no one-size-fits-all. There is not one model that says I interact with one person of a cultural experience the same as I do with another person of another cultural experience. The reality of interacting with people with mental health concerns are the same. We are confronted with much in today's police training. It is difficult, in my view, other than in broad principles, to put our finger on one type of training and say that is the one; that is the course that will do it for us. It is just so dynamic and the field is ever-changing.

Mr. Kaiser: I am pleased that both my colleagues here have addressed the issue of criminalization from the point of view of interactions between police and mental health consumers. This important issue is a leading edge of the justice system's involvement with people who have mental health problems.

l'appelant est atteint de troubles mentaux. Comment pouvons-nous rendre la formation obligatoire? Nous recommandons vivement que les policiers reçoivent une telle formation, mais comment pouvons-nous nous en assurer? Quelle serait la meilleure façon de former les policiers?

M. McNeil : Vous avez soulevé un point intéressant : le dilemme auquel fait face, à mon avis, le policier. À quoi ressemble cette formation? Je pense qu'elle est simple et qu'il ne fait aucun doute qu'on enseigne comment être compatissant et compréhensif.

Le sénateur Pépin : Je veux m'assurer que les policiers seront formés. Comment pouvons-nous garantir que leur formation portera sur ces aspects?

M. McNeil : Il s'agit d'une formation qui est obligatoire et, de toute évidence...

Le sénateur Pépin : Parfois, elle n'est pas donnée pour bien des raisons.

M. McNeil : Je ne peux parler qu'en fonction de mon expérience en Nouvelle-Écosse, où si vous envisagez d'offrir une formation obligatoire aux policiers, vous devez de toute évidence convaincre de le ministre de la Justice que c'est important. Si vous cherchez un modèle permettant de modifier les attitudes, vous n'avez qu'à vous inspirer de la formation sur la violence conjugale et la conduite avec facultés affaiblies; il faut reconnaître que l'idée de cette dernière formation émane de la collectivité et du responsable des forces de l'ordre dans la province, c'est-à-dire le ministre de la Justice ou le procureur général.

À mon avis, c'est simplement ce en quoi consiste la formation obligatoire. Il n'est tout simplement pas logique que les services de police ne se conforment pas à cette formation obligatoire. Il y a un problème : j'ignore ce que représentent encore aujourd'hui les méthodes policières traditionnelles dans la réalité avec laquelle les forces de l'ordre doivent composer de nos jours. Qu'entend-on par méthodes policières traditionnelles? Que faire face à un citoyen aux prises avec un problème de santé mentale? Nous nous rendons compte de plus en plus que la société est très différente de celle que nous avons connue et que nos mesures doivent être très variées en fonction de la forte diversité dans la population. Il n'y a pas qu'une seule solution universelle. Il n'y a pas un modèle selon lequel je peux traiter avec une personne ayant un vécu culturel donné de la même façon qu'avec quelqu'un dont le vécu culturel est différent. La même chose vaut pour les personnes atteintes de troubles mentaux. La formation des policiers doit porter aujourd'hui sur beaucoup d'aspects. On peut certes établir les grands principes, mais il est difficile, à mon avis d'opter pour un genre de formation en se disant que c'est elle qui convient. Nous sommes aux prises avec une situation et un domaine qui sont en constante évolution.

M. Kaiser : Je suis heureux que mes deux collègues aient abordé la question de la judiciarisation sous l'angle de l'interaction entre les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux. Ce qui est important, ce sont les moyens à la fine pointe qui s'offre au système juridique pour s'occuper des personnes atteintes de troubles mentaux.

In the materials I provided, I encourage you to look at the various public policy think tanks, particularly in the United States, that have analysed issues concerning the criminalization of people with mental health problems. These issues of police-citizen interactions are absolutely vital, but they are only one part of what I have termed to be a broad criminalization of people with mental health problems. I have defined it as avoidable, protracted, damaging and often repeated involvement of people with mental health problems in the criminal justice system owing to inadequacies in community-based treatments and supports, and inappropriateness or insensitivity of the justice system.

The problems that mental health consumers experience sometimes in their relations with police are only part of a very broad picture. In Canada now, we do not have a comprehensive national research and public policy recommendation system the way the United States does through the Consensus Project and the Sentencing Project and so on, which I identify for you and locate for you in my little paper. There you will see that these issues of policing are the leading edge, but they are only part of it. Overall, the partners talk about the need to improve contacts with mental health consumers from the time there is a first call to the on-scene police assessment, to protocols to assist in developing appropriate responses, to accurate documentation by police in collaboration with mental health partners.

They start with that policing picture, and there are good models of training in some of the American police services and in the London United Kingdom Police Service. They are not exhaustive and they are not complete, but there are some good models at least for police training. Then, you look at pre-trial issues, adjudication, sentencing, incarceration or other intrusions upon people's liberty, and you have to think throughout about this idea of compassionate understanding. Often, that idea should result in diversion of people away from the criminal justice system and into a respectful and caring mental health system, not a coercive system that forces everything upon people. If we focus then upon the police aspect of it, I think we can find good ways of assisting officers in their understanding of the problems that mental health consumers face. I think often that leadership and training might come from mental health consumer themselves and their families such as we heard this morning. That training would enable officers to understand better in advance the kind of difficulties they would face.

I also appreciate the deputy chief's mention of a joint crisis intervention team. I believe that is at the proposal stage here in Halifax. It has been done in other cities. It involves an integrated police and mental health response where people can make expert assessments early in a crisis of what is the best way of helping a person and diffusing the situation. Sometimes it might be in as non-coercive a way as possible, directing people to the mental

Dans la documentation que je vous ai fournie, je vous encourage à examiner les constatations des différents groupes de réflexion sur les politiques d'intérêt public — particulièrement aux États-Unis —, qui ont analysé la judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Les questions liées à l'interaction entre les policiers et les citoyens sont absolument primordiales, mais elles ne constituent qu'une partie de ce que j'ai appelé la judiciarisation systématique des personnes atteintes de troubles mentaux. J'ai précisé que l'insuffisance du traitement et du soutien offerts dans la collectivité ainsi que l'inadéquation ou l'indifférence de l'appareil juridique sont à l'origine du fait que les personnes atteintes de troubles mentaux ont avec la justice des démêlés qui pourraient être évités, qui se prolongent, qui se répètent fréquemment et qui sont préjudiciables.

Les problèmes avec lesquels sont confrontés parfois ces personnes dans leurs relations avec les policiers ne sont qu'un aspect du tableau d'ensemble. Actuellement, le Canada n'est pas doté d'un régime exhaustif de recherches au niveau national permettant de formuler des recommandations d'intérêt public comme c'est le cas aux États-Unis, qui comptent notamment sur le Consensus Project et le Sentencing Project sur lesquels je vous donne des précisions dans mon petit document. Vous y remarquerez que les questions liées aux forces de l'ordre ont reçu la priorité mais ne constituent qu'une partie d'un tout. Dans l'ensemble, les intéressés font valoir la nécessité d'améliorer les relations avec les personnes atteintes de troubles mentaux, et de la première intervention des policiers qui reçoivent un appel jusqu'au protocole décrivant les mesures pertinentes à prendre et à la documentation précise qui doit être établie par les forces policières de concert avec les intervenants en santé mentale.

C'est le point de départ; il y a des modèles de formation pertinents dans certains services de police aux États-Unis et dans celui de Londres. Les modèles ne sont pas exhaustifs mais ils sont efficaces, du moins pour former les policiers. Il y a ensuite la phase précédant l'instruction, la décision, la détermination de la peine, l'incarcération ou les autres condamnations restreignant la liberté des gens; dans tout ce processus, il ne faut pas perdre de vue l'idée de compassion et de compréhension, ce qui devrait souvent déboucher sur une solution autre que la judiciarisation, c'est-à-dire qu'il faudrait recourir à un système de soins de santé compatissant et bienveillant, de préférence à un régime coercitif qui impose tout. Si nous mettons l'accent sur les méthodes policières, je crois que nous pouvons trouver des solutions pertinentes pour aider les policiers à comprendre les problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux. Je pense souvent que le leadership et la formation à cet égard pourraient émaner de ces malades et des membres de leur famille, comme nous l'avons entendu ce matin. Une telle formation permettrait aux policiers de mieux saisir les difficultés auxquelles ils feront face.

J'aime bien aussi l'idée formulée par le chef adjoint au sujet d'une équipe d'intervention multidisciplinaire en cas de crise. Je crois que nous en sommes à l'étape de la proposition ici à Halifax. D'autres villes ont pris cette orientation. Il faut une équipe qui, composée de policiers et d'intervenants en santé mentale, puisse procéder à une évaluation préliminaire des mesures qui seront les plus efficaces pour aider la personne en détresse et désamorcer la

health system. Sometimes it might involve their family. Sometimes and in rare instances, it might be formal processing through the criminal justice system.

In my view, and I have said this in my paper, the justice system at the level that I teach in my Criminal Law and Procedures course has very sophisticated doctrines dealing with unfitness to stand trial, the defence of not criminally responsible on account of mental disorder, and now an elaborate dispositional regime for the post-adjudication stage.

I believe that the justice system has largely failed mental health consumers, and I think that the testimony we heard this morning is an eloquent example of the experience of consumers and their families. I have seen repeatedly, and often very tragically, that for the mental health consumers I have acted for, their involvement with the justice system has not worked out. In my view, it is a pervasive problem of insensitivity, lack of respect or lack of options. The police part is one difficulty, but then I often have seen Crown prosecutors, defence attorneys, judges, and then corrections officials who have a limited understanding of the problems that mental health consumers face, and who also treat them insensitively and disrespectfully.

It is not just police who need extra assistance and training. To my mind it is a comprehensive failing of the justice system that — and I speak as a lawyer — we have not served people well who come into conflict with the justice system when they have a crisis.

The question that you asked initially was: What can be done to ensure that training programs are improved and invigorated? I think it is quite right that there has to be actual investment and concentration. We have to see it as a priority. If we do not, even the police training issue will just disappear. We need resources that will ensure that police officers are given the same kind of assistance in understanding and responding that has happened in other areas such as impaired driving and domestic violence. Where it is seen as a public policy priority, the investment follows, and then improvements occur after that. However, I do not want it to stop there. I think criminalization is such a troubling phenomenon that we have to look at it on a comprehensive basis across the judicial system.

Tonight at 10 o'clock on *Front Line* on PBS there is a special — it is American-centred so there are differences — on criminalization of people with mental health problems that might be helpful in understanding our situation. There are

crise. Parfois, il sera possible d'agir de la façon la moins coercitive et simplement confier la personne au système de santé mentale. En d'autres occasions, il faudrait recourir à la famille de ces personnes. En de rares circonstances, il faudrait utiliser l'appareil de justice pénale.

Je crois — et je l'ai indiqué dans mon mémoire — que le système de justice — c'est-à-dire le droit et la procédure en matière pénale que j'enseigne dans mon cours — comporte des doctrines très poussées régissant l'inaptitude à subir un procès et la défense d'une personne déclarée non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux. En outre, nous disposons dorénavant d'un régime détaillé au stade postérieur à la décision.

J'estime que l'appareil juridique a complètement échoué par rapport aux personnes atteintes de troubles mentaux et que les témoignages que nous avons entendus ce matin constituent un exemple éloquent de ce que vivent ces personnes et les membres de leur famille. Dans les affaires où j'ai représenté des personnes atteintes de troubles mentaux, j'ai souvent très constaté que le système de justice n'a pas été efficace et a fréquemment entraîné des conséquences très tragiques. À mon avis, c'est un profond problème d'insensibilité, de manque de respect ou d'absence de solutions de rechange. Les policiers constituent un aspect du problème, mais j'ai souvent vu des avocats de la Couronne, des avocats de la défense, des juges et des responsables des services correctionnels qui ont une compréhension limitée des problèmes auxquels font face les personnes atteintes de troubles mentaux, et qui traitent ces dernières d'une façon indifférente et irrespectueuse.

Ce n'est pas uniquement les services de police qui ont besoin d'une aide et d'une formation supplémentaires. À mon avis, il s'agit d'un échec complet qui est imputable au système juridique qui — et je parle à titre d'avocat — n'a pas bien servi les personnes ayant des démêlés avec la justice alors qu'elles sont en état de crise.

La question que vous avez posée initialement était la suivante : quelle mesure pouvons-nous prendre pour nous assurer que les programmes de formation sont améliorés et bonifiés? Je pense qu'il est tout à fait normal que nous investissions des ressources et que nous les concentrons. Nous devons déterminer qu'il s'agit là d'une priorité, sinon même la formation des policiers disparaîtra tout simplement. Nous avons besoin de ressources qui garantiront que les policiers reçoivent une formation analogue à celle qui leur a été donnée en ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies et la violence conjugale, de sorte qu'ils pourront mieux comprendre et intervenir. Si nous établissons qu'il s'agit d'une priorité d'intérêt public, les investissements seront accordés et les améliorations pourront être apportées. Cependant, les choses ne doivent pas en rester là. À mon avis, la judiciarisation est un phénomène inquiétant sur lequel nous devons nous pencher d'une façon exhaustive dans l'ensemble du système judiciaire.

À 22 heures ce soir, PBS diffuse une émission spéciale dans le cadre de *Front Line* sur la judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Je sais qu'il y a des différences puisqu'il s'agit du système américain, mais je pense que l'émission pourrait

important differences in their health care system, their justice system and their basic society, which means, I think, we should be better off here in dealing with mental health consumers than we are.

Senator Pépin: You really give me hope because when I know what we have been able to do with issues such as family violence and impaired driving. I think that we may be going in the right direction.

[Translation]

I totally agree with the examples that you have given. You've clearly shown how patients with a mental disorder are often treated differently across the board, and in particular, when they are admitted to hospital.

[English]

Mr. Kaiser, at page 36 of your presentation you mention "silencing of patient objections to medications." The next sentence reads, "consumers may have many valid reasons for rejecting medications." Could you elaborate?

Mr. Kaiser: In the first instance, I refer you to two pivotal cases in Canada that help us interpret this from a judicial perspective at least. If we look at the *Fleming v. Reid* case from the Ontario Court of Appeal and the *Starson v. Swayze* case from the Supreme Court of Canada, it is recognized judicially — and that is sort of the forum in which I work as much as any other — that many mental health consumers experience, first of all, a course of treatment as grossly violative of their autonomy and their rights. Being forced to do something as a citizen that you do not want to do, especially when it is as invasive as taking medication, is something that disturbs many people. We cannot say that coercion and intervention themselves do not start off on the wrong foot, they do. Then, what was recognized in the *Fleming v. Reid* case is that although medication may be efficacious for many people, there are also side effects that are significant in terms of their risks for people. These side effects can include everything from the worst examples of tardive dyskinesia, involuntary muscular control and other symptoms of the brain impairment caused by medications, to obtunding of people's cognition, to a diminution of their sexual impulses — in a sense dulling many of their responses to reality.

I know there are benefits to medication as well, but I am concerned about the over-enthusiastic adoption of biomedical approaches to people's difficulties in living in society that suggests that if we give people the drugs and they take them in a compliant way, that is all we need to do. When I mention over-emphasis on medication and silencing of patient's objections, I think we should recognize from the consumers' perspective that they should not be treated as passive repositories of pharmaceuticals. They are human beings who are entitled to be heard when they say, "I do

nous aider à comprendre notre situation. Aux États-unis, le système de soins de santé, le système de justice et la société sont très différents des nôtres, ce qui signifie, je pense, qu'il faudrait améliorer notre façon de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le sénateur Pépin : Vous me donnez vraiment de l'espoir compte tenu de ce que nous avons réussi à faire pour des problèmes tels que la violence familiale ou la conduite avec facultés affaiblies. Je pense que nous sommes peut-être sur la bonne voie.

[Français]

Je vois les exemples que vous nous avez donnés et je suis tout à fait d'accord. On nous a définitivement démontré comment les patients souffrant de problèmes mentaux sont traités d'une façon différente et ce, à tous les niveaux, particulièrement quand cela commence à l'hôpital.

[Traduction]

Monsieur Kaiser, à la page 36 de votre exposé, vous dites qu'on passe sous silence le fait que des patients refusent de prendre des médicaments. Puis vous ajoutez que certains clients peuvent avoir de nombreuses raisons valables de le faire. Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par là?

M. Kaiser : Pour commencer, je vous renvoie à deux arrêts fondamentaux au Canada qui nous aideront à comprendre au moins ceci d'un point de vue juridique. Dans les affaires *Fleming c. Reid*, de la Cour d'appel de l'Ontario, et *Starson c. Swayze*, de la Cour suprême du Canada, les tribunaux ont reconnu — et c'est le genre de cadre dans lequel je travaille, entre autres — que beaucoup d'utilisateurs de services de santé mentale subissent, en premier lieu, des traitements qui briment carrément leur autonomie et leurs droits. Le fait d'être forcé de faire quelque chose qu'on ne veut pas, particulièrement quand c'est aussi envahissant que de devoir prendre des médicaments, perturbe beaucoup de gens. On ne peut pas dire que la coercition et l'intervention en soi constituent de bonnes bases de départ, au contraire. Ainsi, dans l'arrêt *Fleming c. Reid*, on reconnaît que même si un traitement peut être efficace pour beaucoup de gens, il comporte aussi des effets secondaires importants qui présentent des risques pour la santé. Ces effets secondaires vont, pour citer les pires exemples, de la dyskinésie tardive, des contractions musculaires involontaires et autres symptômes liés à des déficiences cérébrales causées par les médicaments, à des troubles cognitifs, à une diminution des impulsions sexuelles — dans un sens, cela se traduit par une certaine apathie face à la réalité.

Je sais que les médicaments ont aussi des avantages, mais je trouve inquiétante l'adoption exagérément enthousiaste d'approches biomédicales face aux difficultés des gens vivant dans une société qui pense que si on donne des médicaments aux malades et qu'ils les prennent correctement, ça suffit. Lorsque je parle de l'accent exagéré qu'on met sur la consommation de médicaments et du passage sous silence des objections des patients, je veux dire que les consommateurs de médicaments refusent qu'on les traite comme des récepteurs passifs de produits

not want medication and this is the reason.” For many people, although not all, there may be other ways of helping them live in the community without necessarily enforcing upon them a drug regime. For the people who say, “I accept the medication, it is beneficial for me,” that is obviously a happy picture. For the people who resist, I think we have to listen to them, try to understand them, and not disparage what I believe are intelligible reasons in many instances for saying, I do not want medication.

Senator Pépin: It seems we do not listen to many of them. The doctor will give them medication, and even if they say that they do not want it and they have some side-effects, the doctor just says, “You take it,” and that is it.

Mr. Kaiser: As I understand the research with respect to so-called compliance rates, which immediately suggests the wrong model, if we look at people and their acceptance or non-acceptance of treatment recommendations, it is often the physical medicine not the psychiatric medicine areas where there is non-compliance. Many mental health consumers do accept that they may be able to lead better lives with some assistance from medication but that is only part of it. It has been mentioned this morning that what mental health consumers often face is terrible isolation, loneliness and broken hearts. You cannot necessarily fix that isolation and loneliness by giving people drugs. People need, as everybody else does, a job, a home and friendship in order to feel located in our communities. If we just medicate “them,” as if they are people from another planet, I do not think that it an appropriate or adequate response. That is all I meant there. Let us not think about drugs as the sole answer to people’s difficulties and then disparage people who say, I do not want them and these are the reasons.

Senator Pépin: We have to listen to them. Merci, thank you very much.

Ms. Heafey: My personal experience with my brother is that he will not take medication. He refuses to take medication unless he is so far out of control that he is hospitalized, and while he is in the hospital then he is medicated. However, as soon as he comes out, he refuses to take medication because he has said, “I am frozen inside. I have nothing inside me when I am taking this medication.” He has chosen not to take medication, which means he is a problem oftentimes. He said, “I would rather live like that and put up with that than walk around as I did for many months not having any human feelings inside me, like an ice cube. I sit there and I have nothing inside me.”

pharmaceutiques. Ce sont des êtres humains que l’on doit écouter lorsqu’ils disent ne pas vouloir prendre de médicaments et expliquent pourquoi. Il doit bien y avoir d’autres façons d’aider beaucoup de gens, même si ce n’est pas tout le monde, à vivre dans la communauté sans nécessairement les forcer à suivre un traitement médical. Pour ceux qui disent : « j’accepte les médicaments, ils me font du bien », c’est évidemment facile. Par contre, je crois que nous devons être à l’écoute des personnes qui résistent, et essayer de les comprendre, plutôt que de les dénigrer lorsqu’elles refusent de prendre des médicaments alors qu’elles ont, selon moi, de bonnes raisons de le faire.

Le sénateur Pépin : Il me semble qu’on en écoute peu. Lorsqu’un médecin prescrit des médicaments et que le patient dit ne pas vouloir les prendre à cause des effets secondaires, le médecin se contente de répondre : « vous devez les prendre », et c’est tout.

M. Kaiser : Selon les recherches relatives aux soi-disant taux de conformité, qui présentent d’entrée de jeu le mauvais modèle, lorsqu’on examine le niveau d’acceptation ou de non-acceptation des gens face aux recommandations concernant les traitements médicaux, on se rend compte que la non-conformité s’applique souvent à la physiatrie et non    la psychiatrie. Beaucoup de bénéficiaires de services de santé mentale refusent de croire qu’ils peuvent réussir à mener une vie meilleure grâce aux médicaments; ils considèrent que ceux-ci ne sont qu’une partie de la solution. On a dit ce matin que bien souvent, les personnes souffrant de troubles mentaux font face à un isolement et à une solitude terribles et éprouvent beaucoup de tristesse. Ce n’est pas en donnant des médicaments à ces gens qu’on arrivera nécessairement à briser leur isolement et leur solitude. Ces gens ont besoin, comme tout le monde, d’un emploi, d’une maison et d’amis pour sentir qu’ils ont une place dans la communauté. Je ne pense pas que le seul fait de leur prescrire des médicaments et de les traiter comme s’ils venaient d’une autre planète soit une solution appropriée ou adéquate. C’est tout ce que je voulais dire. Ne pensons pas que les médicaments sont la seule réponse aux difficultés qu’éprouvent les malades et ne soyons pas méprisants envers ceux qui disent pour quelles raisons ils refusent d’en prendre.

Le sénateur Pépin : Il faut les écouter. Merci beaucoup.

Mme Heafey : Pour parler de mon expérience personnelle, sachez que mon frère n’est pas du genre à prendre ses médicaments. Il refuse de le faire, à moins d’être à ce point malade qu’il doive être hospitalisé. Pendant son séjour à l’hôpital, il suit le traitement, mais dès qu’il sort, il refuse de continuer car il dit : « Lorsque je prends ces médicaments, je me sens fig   de l’intérieur ». Comme il ne prend pas ses médicaments, il pose souvent des problèmes. Il dit : « Je préfère vivre ainsi et supporter la situation plutôt que de vivre, comme je l’ai fait pendant de nombreux mois, sans rien éprouver, comme si j’étais de glace. Je m’assois et je ressens un vide total ».

He has made that decision, and for my purposes and my family's purpose, we would prefer he would take the medication because it is easier to be around him, but that is my selfish approach to it.

It is complicated and there is no easy solution, but we have to respect him. It has limited our ability to be around him as much as we would be otherwise because sometimes it is not just possible. However, consciously, he has made that decision.

Senator Cochrane: You have to forgive us. Sometimes we have questions but then we get so absorbed in what you are saying that our questions go out the window. It is draining, it is emotional and I think no matter who you are, they are all emotional factors and we all encounter them within own family, extended family or whatever. You are not alone here and we really sympathize with you.

I also sympathize with the policeman because you have a difficult job. You say that ideas such as police training were just thrown out and not even addressed. Was that by the Minister of Justice?

Mr. McNeil: I am not sure I understand your question, senator.

Senator Cochrane: Let me rephrase it. Someone said that there was a submission to, I guess, the Minister of Justice to have training for police officers. However, this idea was dismissed because the police officers already had guidelines to follow and, therefore, they did not need extra training to deal with mental health people. I cannot figure out why they would say that because I know what you are saying. You are on the front-line here and there is not much support. Where else do you go? You are the people who are going to be first and foremost at this person's house or on the street when this person calls. You do not have any back-up here. I really think that training is so important here with the police. Do you agree, Mr. McNeil?

Mr. McNeil: I support the notion of training. My concern is that increasingly we find ourselves in the policing community confronted with that lack of support on a number of fronts; not only in this context, but on numerous fronts. Ms. Heafey speaks to her experience as part of an oversight body for the RCMP, where her role is essentially one of recommendation or advisory, and not necessarily mandatory. That is not the reality of policing in the context of, particularly, Nova Scotia. In Nova Scotia, the role that she plays is played by a body that has, essentially, oversight responsibility and can order training in particular circumstances if that was the case.

I think Professor Kaiser is correct that training, even in the context of police, needs to be a comprehensive approach. If our focus is entirely on people with mental health problems, we are looking at the problems through the wrong end of the funnel. In our view, the criminalization of mentally ill people is really an

Il a pris cette décision, mais ma famille et moi préférons qu'il prenne ses médicaments parce que c'est plus facile pour nous de le côtoyer lorsqu'il suit son traitement, mais c'est égoïste de ma part de penser ainsi.

C'est compliqué et il n'y a pas de solution facile, mais nous devons respecter son choix. Du coup, nos relations s'en sont ressenties parce que, parfois, c'est tout simplement impossible de s'en approcher. Il a pourtant pris cette décision en toute connaissance de cause.

Le sénateur Cochrane : Vous devez nous pardonner. Parfois nous avons des questions, mais nous sommes tellement absorbés par ce que vous dites que nous finissons par les oublier. C'est épuisant, c'est difficile psychologiquement, et je crois que peu importe qui on est, c'est éprouvant; on connaît tous des gens comme ça dans notre famille, dans la famille élargie ou ailleurs dans l'entourage. Vous n'êtes pas seule et nous sympathisons vraiment avec vous.

Je compatis également avec le policier parce que je sais qu'il fait un travail difficile. Vous avez dit que la possibilité avancée de former les policiers a tout simplement été écartée du revers de la main sans même être examinée. Cela vient-il du ministre de la Justice?

M. McNeil : Je ne suis pas sûr de bien comprendre votre question, sénateur.

Le sénateur Cochrane : Je vais la reformuler. Quelqu'un a dit qu'on avait proposé, je crois, au ministre de la Justice, de former les agents de police. Toutefois, cette idée a été rejetée parce que les policiers ont déjà des directives à suivre et, par conséquent, ils n'ont pas besoin de formation supplémentaire pour s'occuper de gens atteints de troubles mentaux. J'ai du mal à comprendre pourquoi étant donné que je sais de quoi vous parlez. Vous êtes en première ligne et vous ne recevez pas beaucoup de soutien. À qui pouvez-vous vous adresser, sinon? C'est vous qui serez le premier à intervenir au domicile de ces gens ou dans la rue lorsqu'on vous appellera. Vous n'avez aucun appui. Je crois vraiment qu'il est très important que la police reçoive une formation en la matière. N'êtes-vous pas d'accord, monsieur McNeil?

M. McNeil : Je suis pour la formation. Ce qui me préoccupe, c'est que les policiers sont de plus en plus confrontés à un manque d'appui sur plusieurs fronts; c'est vrai dans ce contexte, mais c'est aussi vrai dans beaucoup d'autres. Mme Heafey parle de son expérience en tant que représentante d'un organisme de surveillance de la GRC dont le rôle consiste essentiellement à émettre des recommandations ou des conseils, et pas nécessairement à faire appliquer des mesures contraignantes. Cela ne correspond pas à la réalité particulière des forces policières de Nouvelle-Écosse. Dans cette province, son rôle est joué par quelqu'un qui, essentiellement, assume une responsabilité de surveillance et qui peut demander à ce qu'on donne de la formation dans certaines circonstances, le cas échéant.

Je crois que M. Kaiser a raison de dire que la formation, même dans la police, doit se faire dans le cadre d'une approche globale. Si nous nous concentrons uniquement sur les personnes atteintes de troubles mentaux, nous aborderons les problèmes sous le mauvais angle. À notre avis, la criminalisation des personnes

indictment of the failure of a system to respond to these people with a true community-based mental health system. There is simply not sufficient capacity in the community to deal with this. The notion exists, not only in mental health, but increasingly we are seeing other fields such as youth justice, that you can simply mandate a system of that nature. It is an empty promise because it is simply not there. Professor Kaiser is correct, I believe, that we are applying blunt instruments, such as criminal law and civil commitment, to a problem that is much deeper than that, and requires an approach that is much broader based. In fact, I believe that police should play a very small role. That is not a reality. I accept that we will continue to respond to crisis and to people in crisis, and I accept that we do need training; that training is an appropriate response to that.

Senator Cochrane: One part.

Mr. McNeil: Right. It is an appropriate response, but it has to recognize that police officers operate in a dynamic world. They do not operate in the artificial world of a courtroom. They operate in a dynamic world where things change rapidly. In many cases it is simply hindsight.

When I look at training, it is about understanding. The most compelling experience I have had in relation to dealing with people in mental health crisis is an experience in Professor Kaiser's class on mental disability law. That was listening to consumers tell me about their impression when they were confronted by the police; what they were thinking. Ultimately, that type of understanding is at the heart of a more compassionate model, I think.

Senator Cochrane: Yes, I think you are right. I wanted to touch on this idea of stigma, because we know it is out there. I am not sure who was discussing this. I think it was you, Mr. McNeil. We need a reception centre at the hospital for, say, mental health patients. Did you say that?

Mr. McNeil: Yes. I feel that we in the police are forcing a problem into the context that in reality is not ours. We are trying to force treatment or force mental health services into an emergency room environment that is ill-equipped in many cases to deal with it. That environment does not have the expertise to deal with exactly what we are asking it to do. We would be better served, particularly in the case of people in crisis, with a reception centre that had mental health professionals and specialists so when we come to that point where somebody needed detention, we could respond to that, I think, as opposed to trying to deal with it in an emergency room situation. Many times, problems that we confront in the emergency room are not those of an emergency room. There is an emergency-room system that says you are asking me to deal with a problem that appears to be somewhat stable and I am confronted with "X" number of

atteintes de déficiences mentales prouve réellement que le système ne réussit pas à répondre adéquatement aux besoins des gens au moyen de vrais services communautaires en santé mentale. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de ressources dans la communauté pour faire face à la situation. L'idée existe, et de plus en plus, on voit que cela pourrait non seulement s'appliquer aux problèmes de santé mentale, mais aussi à d'autres domaines, comme la justice pour les jeunes. C'est une promesse vide étant donné qu'il n'y a rien. Je crois que M. Kaiser a raison quand il dit que nous appliquons systématiquement le Code criminel et les procédures civiles d'internement pour régler des problèmes qui sont plus profonds qu'il n'y paraît et exigent une approche fondée sur des bases beaucoup plus larges. En fait, je crois que la police devrait jouer un rôle mineur. Mais ce n'est pas ainsi dans la réalité. J'admets que nous devons continuer à répondre à des situations de crise et à traiter avec des gens en crise, et je reconnais que nous avons besoin de formation, que la formation serait appropriée dans les circonstances.

Le sénateur Cochrane : En partie.

M. McNeil : C'est exact. Ce serait approprié, mais il faut reconnaître que les agents de police travaillent dans un monde en évolution. Ils n'interviennent pas dans le cadre artificiel d'une salle d'audience. Ils travaillent dans un monde dynamique qui change rapidement. Dans bien des cas, il s'agit tout simplement de voir les choses avec un peu de recul.

Le but de la formation, c'est de comprendre. L'expérience la plus marquante que j'ai vécue concernant le traitement de personnes atteintes de troubles mentaux en état de crise était dans un cours donné par M. Kaiser sur la maladie mentale et la loi. Cela consistait à écouter des clients qui nous faisaient part de ce qu'ils avaient ressenti lorsqu'ils s'étaient retrouvés face à la police; ce qu'ils pensaient. En fin de compte, je crois que pour construire un modèle plus humain, il faut que nous soyons capables de comprendre les gens.

Le sénateur Cochrane : Oui, je pense que vous avez raison. Je voulais parler des stigmates parce que nous savons qu'ils existent. Je ne me souviens pas qui en parlait. Je crois que c'était vous, monsieur McNeil. Il faut des centres d'accueil dans les hôpitaux pour les patients atteints de troubles mentaux. Cela vient-il de vous?

M. McNeil : Oui. J'estime que dans la police, on est confronté à un problème dans un contexte qui, en réalité, n'est pas le nôtre. Nous essayons de pousser pour que les personnes obtiennent des traitements ou des services en santé mentale dans des salles d'urgence qui, bien souvent, sont mal équipées pour s'occuper de ce genre de patients. Il n'y a pas l'expertise nécessaire pour faire exactement ce qui est requis. Nous serions mieux servis, particulièrement pour traiter les gens en crise, s'il y avait un centre d'accueil où travaillaient des professionnels et des spécialistes en santé mentale. On pourrait ainsi hospitaliser les personnes qui en ont besoin plutôt que d'essayer de régler le problème dans une salle d'urgence. Le personnel des salles d'urgence n'est pas habitué à faire face à ce genre de problèmes. Il doit réagir à X situations d'urgence, alors que les personnes que nous amenons peuvent sembler être dans un état stable. D'après les urgentologues, ces

emergencies right in front of me. From the perspective of emergency room workers, that problem can wait because they have triage, they have a number of broken bones and so on. In their mind the person in mental health crisis can wait. Essentially, I think it is the insensitivity of forcing a problem into a system that is simply not built for it.

Senator Cochrane: Mental health is not a priority there. Would you consider this centre part of the hospital, or would you have it separate from the hospital and have your specialist in this centre?

Mr. McNeil: Being the bureaucrat that I am, the reality is that a 24/7 operation is going to have to be connected to the health system. Hospitals, like police, are the only centres that are open 24/7, when we confront some of these problems.

Senator Cochrane: Sometimes that creates a stigma too.

Mr. McNeil: Agreed.

Senator Cochrane: People see these patients being brought in and they say, I better stay away because this is a problem.

Mr. McNeil: I agree, but I concur with Professor Kaiser in the sense that it would be our desire and hope to move to a model with less and less police apprehension and only as a last resort. I suggest that a more appropriate model is to take mental health care to the consumer in the sense of responding. We have reviewed models with, for example, psychiatric nurses who can be at the scene and assist police officers in making determinations, particularly, when many of our detentions result in people simply being released. It involves an interference with someone's liberty that we make an assessment on layman's terms that a person is suffering from a mental illness and is dangerous. Subsequently, that assessment is then reviewed by a professional who makes a different determination. A better model would be a crisis intervention model that allows us to go to the consumer and make some assessments: this is not an appropriate response, it is an appropriate response, or maybe a referral the next day or follow-up at a mental health clinic would be a more appropriate response.

Senator Cochrane: We could take all day with you people because you are so informed, and it is good to hear all this.

My background is teaching. When you talk about the criminal side of it, I look at teachers as well because they deal with so many problems within the school, in regard to mental health. There are so many mental health factors: obesity, anorexia, attention deficit disorder, fetal alcohol syndrome, schizophrenia, autism, and bullying. All these are part of some disorder and teachers do not know how to deal with it either. Sometimes they are expected to deal with it because all these children are tied into one classroom. You will not have all these disorders in one classroom, but who knows? There are many disorders within a classroom. How do teachers assess that? How do they deal with it? They are not

personnes peuvent attendre, ce qui n'est pas le cas des gens qui arrivent avec des fractures, et cetera. Pour eux, une personne atteinte de troubles mentaux en crise peut attendre. Pour résumer, je pense qu'il est insensé de demander à un système de régler un problème alors qu'il n'est pas conçu pour.

Le sénateur Cochrane : Pour eux, la maladie mentale n'est pas une priorité. Pensez-vous que ce centre devrait faire partie de l'hôpital ou être séparé et avoir ses propres spécialistes?

M. McNeil : Étant le bureaucrate que je suis, comme ce genre de centre devrait fonctionner 24 heures sur 24, sept jours sur sept, il faudrait qu'il soit relié au système de santé. Les hôpitaux, comme les services de police, sont les seuls ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour faire face à ce genre de problèmes.

Le sénateur Cochrane : Parfois, ça crée aussi des stigmates.

M. McNeil : C'est vrai.

Le sénateur Cochrane : Les gens voient ces patients arriver et se disent : « je ferais mieux de rester à l'écart parce que c'est un problème ».

M. McNeil : Je suis d'accord, mais je partage aussi l'opinion de M. Kaiser dans le sens où nous voudrions et où nous espérons tendre vers un modèle où la police aurait un rôle de moins en moins important à jouer et où elle n'interviendrait qu'en ultime recours. Je pense qu'il serait plus approprié de faire intervenir un professionnel de la santé mentale. Nous avons examiné des modèles dans lesquels, par exemple, des infirmières en psychiatrie pourraient accompagner les agents de police et les aider à prendre des décisions, particulièrement quand on sait que beaucoup des personnes que nous détenons sont tout simplement relâchées par la suite. Cela veut dire que comme profane, on peut priver quelqu'un de liberté en pensant qu'il souffre de maladie mentale et est dangereux. L'évaluation serait ensuite revue par un professionnel qui pourrait en arriver à une conclusion différente. Il vaudrait donc mieux que nous ayons un modèle d'intervention en situation de crise nous permettant de faire certaines évaluations de l'état du patient : c'est une réponse appropriée; ce n'est pas une réponse appropriée; ou encore il vaudrait mieux référer la personne le jour suivant à un professionnel ou lui demander de se faire suivre dans une clinique de santé mentale.

Le sénateur Cochrane : Nous pourrions passer la journée avec vous. Vous êtes tellement au courant de la situation; c'est vraiment bien de vous entendre parler.

J'ai de l'expérience dans l'enseignement. Lorsque vous parlez de l'aspect criminel de la question, je pense aussi aux enseignants étant donné qu'ils font face à de très nombreux problèmes liés à la santé mentale dans les écoles. Il existe tellement de facteurs liés aux troubles mentaux : l'obésité, l'anorexie, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le syndrome d'alcoolisation foetale, la schizophrénie, l'autisme et l'intimidation. Tout cela est associé à des troubles, et les enseignants ne savent pas comment y faire face. Parfois, on s'attend à ce qu'ils fassent quelque chose parce que tous ces enfants se retrouvent dans leur classe. On ne retrouvera pas tous ces problèmes de santé mentale dans une seule et même

trained either. Sometimes they are put in front of the justice system to prove themselves; to prove that this was not their fault. I just want to tell you that you are not alone out there. Thank you, Madam Chair.

Senator Cordy: Thank you very much to the three of you. You have brought another perspective to our study on the issues of mental health and mental illness. As a committee, we have said many times that deinstitutionalization of those who are consumers of the mental health system has led to institutionalization in the penal system.

Deputy chief, you have said people with mental health problems have been abandoned so that the front-line workers who deal with people in crisis situations are not health system workers, but police officers, be they RCMP or municipal police services. I would like to get back to waiting in hospitals and emergency situations. You do not always deal with the person with mental illness in the best of situations. It is usually a crisis. We have heard before about the frustration of police officers waiting in hospitals. Police have said that it should not be the job of a police officer to be a custodian waiting with somebody suffering from a mental illness. It also leads to stigmatization. You made reference earlier that police officers are waiting above and beyond what they should because it is not a heart attack or broken bone. Somebody in triage says they can wait a bit longer and others are put in front of them.

You spoke about the Joyce Crisis Intervention Team, and that is in the works. First, when you receive a call, be it 9-1-1 or directly to the police station, is it red-flagged that this may be somebody suffering from a mental illness? Second, how far along are discussions with the medical professions in terms of, particularly, emergency room situations? Are there discussions taking place on how those being brought in can be better served?

Senator Michael Kirby (Chairman) in the chair.

Mr. McNeil: There is no question there have been discussions with emergency rooms about reducing the wait time, but I think I would be wrong to say that the focus was better service to the ultimate consumer. The discussions were more about the realities of shortening that time from the perspective of the police, or for that matter, emergency rooms. I cannot say that those discussions to date have been focused on the mental health consumer.

That situation ultimately speaks to the problems that you and your report identify, that all too often we are not client-centred or consumer-centred.

The reality of front-line policing is that when we get a call from 9-1-1, it is not that dynamic environment today where you engage any kind of health professional after apprehension. You would

classe, mais qui sait? Il y en a beaucoup. Comment les enseignants peuvent-ils les évaluer? Comment réagir? Eux non plus, ils ne sont pas formés. Parfois, ils sont confrontés au système de justice et doivent se justifier; prouver que ce n'est pas de leur faute. Je voulais juste vous dire que vous n'êtes pas le seul à vivre ce genre de problèmes. Merci, madame la présidente.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup à vous trois. Vous nous avez donné un autre point de vue pour notre étude relative aux problèmes de santé et de maladie mentale. Notre comité a dit souvent que la désinstitutionnalisation des clients du système de santé mentale a conduit à l'institutionnalisation de ces personnes dans le système carcéral.

Monsieur le chef adjoint, vous avez dit que les personnes atteintes de troubles mentaux avaient été abandonnées et que ceux qui se retrouvent en première ligne à s'occuper des gens en situation de crise ne sont pas des travailleurs de la santé, mais des agents de police, que ce soit des membres de la GRC, de la police provinciale ou des services municipaux. J'aimerais que nous revenions sur l'attente dans les hôpitaux et les situations d'urgence. Ce n'est pas toujours facile de traiter avec une personne aux prises avec des problèmes mentaux. C'est souvent dans un moment de crise. Plus tôt, on a entendu les policiers exprimer leur frustration liée à l'attente dans les hôpitaux. Les policiers ont dit que leur rôle n'était pas d'attendre avec quelqu'un souffrant d'une maladie mentale. Cela conduit également à la stigmatisation. Vous avez fait référence précédemment au fait que les agents de police devaient attendre plus qu'il ne fallait parce que les gens qu'ils accompagnaient ne souffraient pas d'une attaque cardiaque ou d'une fracture. Le personnel qui s'occupe du triage dit que ces gens peuvent attendre plus longtemps, et d'autres passent devant eux.

Vous avez aussi parlé de l'équipe d'intervention immédiate. Tout d'abord, lorsque vous recevez un appel, que ce soit par le 911 ou directement au service de police, y a-t-il une indication que la personne au bout du fil souffre peut-être d'une maladie mentale? Deuxièmement, où en sont rendues les discussions avec les représentants du corps médical au sujet, particulièrement, de la situation dans les salles d'urgence? Y a-t-il des discussions sur la façon de mieux servir ces personnes?

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

M. McNeil : Il ne fait aucun doute qu'il y a des discussions avec les représentants des urgentologues pour réduire le temps d'attente, mais je pense que je me tromperais si je disais que c'est dans le but d'offrir un meilleur service aux patients. Les discussions portent davantage sur la diminution du temps d'attente pour les policiers. Je ne peux pas dire que jusqu'à présent ces discussions ont porté essentiellement sur les patients atteints de troubles mentaux.

Au bout du compte, tout ceci nous ramène aux problèmes que vous avez identifiés dans votre rapport et selon lesquels, bien trop souvent, nous ne sommes pas suffisamment axés sur les clients ou les patients.

Un agent de police de première ligne qui reçoit un appel d'urgence n'est pas dans un environnement dynamique dans lequel peut rapidement intervenir un professionnel de la santé. Il

respond, and yes, it is likely that individuals would be flagged as acting different or suffering from some sort of mental illness. The difficulty is that many times the calls we get are people in conflict with their community. That does not necessarily result in people in conflict with the law. However, Professor Kaiser is correct. Repeated calls eventually will lead to some breach of criminal law, and those tools will be applied.

The difficulty is that, without a broader range of supports in the community, we continue to respond to the same calls of people in conflict with their community, talking to themselves, and interfering with somebody's property. I am sure you have heard them. It would be wrong to leave the impression that at that point there is a great deal of interaction with the mental health system or the health system. It is primarily a police response until such time as a police officer makes a determination that this person is suffering from some sort of mental illness and is a danger to themselves or others, or has committed a criminal offence. If they have committed a criminal offence, it is unlikely there would be any discussion except at an arraignment whether or not somebody would be sent for an assessment.

Senator Cordy: I would like to move to the justice system overall. We have heard that many young people who are suffering from depression or early signs and symptoms of a mental illness often try to self-medicate through, and become addicted to, drugs or alcohol. When a young offender is brought in, and very often there are addictions, is there any place within the judicial system where one would look at the possibility of there being a mental illness?

Mr. McNeil: I must admit, I am much more comfortable talking about youth and the law. My experience with that, particularly, is that many times we do not look at a young person as a whole person in the system. It is very difficult, for example, to hive off 20 per cent that is a mental health problem, 20 per cent that is an education problem and 20 per cent that is a behaviour problem. Generally, it is difficult to see where one begins and the other ends. From our community, there is a fundamental lack of adequate response to mental health for young people. All too often, that is the ultimate cause that brings them in conflict with the law. Your committee report talks about dual diagnosis. Our experience, whether it be a young person or adult, is that many times both addictions and mental health are present and at the root of some of the problem.

Senator Cordy: Are there services provided at the Nova Scotia Youth Facility in Waterville for young offenders?

Mr. McNeil: There are, certainly. The best services in Nova Scotia are provided at Waterville, but we currently have a system that is counter to that notion that you could get a person into those services. Currently, we are experiencing the exact effect that you talked about, deinstitutionalization. We are confronted with young people who — we all would agree in principle that young persons are better managed and better dealt with in their own

faut répondre, et oui, il se peut qu'on nous indique que ces gens sont différents ou souffrent d'une forme de maladie mentale. Le problème, c'est que souvent les appels que nous recevons concernent des gens qui sont en conflit avec leur communauté. Ce ne sont pas nécessairement des gens qui ont enfreint la loi. Toutefois, M. Kaiser a raison. Au bout du compte, ces gens finiront par commettre des infractions et, dans ce cas, on appliquera la loi.

Le problème, c'est qu'en l'absence d'une gamme plus large de services de soutien communautaires, nous continuons de répondre aux mêmes appels au sujet de personnes qui sont en conflit avec leur collectivité, qui se parlent à elles-mêmes et qui nuisent à la propriété des autres. Je suis sûr que vous avez entendu parler de pareils cas. Ce serait mal de donner l'impression qu'à ce stade-là, il y a beaucoup d'interaction avec le réseau de santé mentale ou le réseau de santé tout court. Cela se limite essentiellement à une intervention policière, jusqu'à ce que le policier décide que la personne est atteinte d'une maladie mentale et représente un danger pour elle-même ou pour les autres, ou encore qu'elle a commis une infraction criminelle. Dans ce dernier cas, il est invraisemblable qu'on cherche à savoir si la personne devrait être soumise à une évaluation avant l'interpellation.

J'aimerais que nous passions à la question de l'ordre juridique en général. Nous avons entendu dire que de nombreux jeunes qui souffrent de dépression ou manifestent des signes précoces ou les premiers symptômes d'une maladie mentale tentent souvent de s'auto-administrer des médicaments et acquièrent ainsi une dépendance à l'alcool ou aux drogues. Quand le délinquant juvénile est amené au poste et, très souvent, a des toxicomanies, l'ordre juridique prévoit-il un endroit où serait envisagée la présence possible d'une maladie mentale?

M. McNeil : J'avoue que je me sens beaucoup plus à l'aise de discuter de la loi par rapport aux jeunes. L'expérience dans ce domaine en particulier m'a appris que, bien souvent, le jeune n'est pas vu comme un être entier dans le système. Ainsi, il est très difficile de faire une distinction, de dire par exemple que 20 p. 100 des jeunes ont un problème de santé mentale, 20 p. 100, un problème d'éducation et 20 p. 100, des troubles de comportement. En règle générale, il est difficile de voir où commence l'un et où prend fin l'autre. Au sein de notre collectivité, il existe un manque fondamental de réaction adéquate à la santé mentale des jeunes. Trop souvent, c'est là la cause ultime de leur conflit avec la loi. Votre comité parle, dans son rapport, de double diagnostic. D'après notre expérience, qu'il s'agisse d'un jeune ou d'un adulte, souvent, il est toxicomane, et sa toxicomanie est causée par un problème de santé mentale.

Le sénateur Cordy : Le Nova Scotia Youth Facility, à Waterville, offre-t-il des services aux délinquants juvéniles?

M. McNeil : Certainement. Les meilleurs services qui sont offerts en Nouvelle-Écosse se trouvent à Waterville, mais nous avons actuellement en place un système qui empêche de leur donner accès à ces services. Actuellement, nous vivons justement le phénomène dont vous avez parlé, la désinstitutionalisation. Nous sommes confrontés à des jeunes qui — nous serions tous d'accord en principe pour dire que les jeunes sont plus faciles à

communities — when you put them back in their communities without a community-based model to address that underlying cause of mental health, all you are doing is taking them down the slow road to criminalization.

Senator Cordy: Professor Kaiser, you spoke earlier about the things those suffering from a mental illness ask for, and yesterday, I thought it was very succinct when somebody said what they want. You spoke about isolation, loneliness — and they said they want a house, a home and friend. I think that is probably what everybody wants, and without those things it is very difficult to get on the path to wellness.

I want to talk about proactive legislation for those suffering from a mental illness, rather than restrictive legislation where they cannot do, cannot do, cannot do. When we talk about those suffering from mental illness, we cannot talk about it in isolation. You have to talk about housing, education, employment and so many issues. I have not had time to read all your documentation. I will read it on the plane to Fredericton today. How do you envisage legislation, because we do not have it? Nova Scotia, I believe, is the only province in Canada to not have stand-alone legislation.

Mr. Kaiser: I am glad you raise the issue. In the paper I have given you on equality-promoting mental-health legislation, and my little submission this morning at pages 26 and following, you will see that I have tried to draft a statute. The statute focuses on promoting mental health and participation in society because I think that is the answer to a lot of the difficulties we have heard this morning, both in the justice system and otherwise, that can be offered in part through legislation. I envisage a preamble of legislation that talks about the need to recognize people's equality and to enhance their ability to live in society, and there I draft a complicated preamble at pages 27 and 28. The point is, mental health legislation can encourage the active participation of people with mental health problems to live in their communities rather than to be subjected to community coercion. Then I talk about a number of what I believe are positive rights that people should have to assist them in living in the community. At page 28, I start out with the right to advocacy supports. Very often if you confront either the health system or the justice system, if you do not have somebody to assist you in advancing your own wishes as a mental health consumer, you are systematically disempowered and stigmatized such that people do not listen to you. They look at you as a person with a mental health problem, not as somebody who deserves to be listened to. A fundamental right should be to advocacy. Then at page 29 and following, I talk about enforceable rights to things such as establishing your own recovery, and community participation goals as a consumer rather than having somebody else say what they think you need. These rights are to receive sufficient services to help you live in the community, and to terminate services on a voluntary basis when you do not want them and when there is good reason to terminate.

gérer s'ils continuent de vivre au sein de leur propre collectivité. Quand on les retourne au sein de leur communauté sans modèle communautaire pour s'attaquer à la cause cachée de leur maladie mentale, tout ce qu'on fait, c'est de les placer sur la voie lente de la criminalisation.

Le sénateur Cordy : Monsieur Kaiser, vous avez parlé tout à l'heure des choses que réclament ceux qui sont atteints d'une maladie mentale et, hier, quelqu'un a exprimé très succinctement ce qu'il souhaitait. Vous avez parlé d'isolement, de solitude — et ils ont dit qu'ils voulaient une maison, un chez-soi et un ami. C'est probablement ce que tout le monde souhaite et, en l'absence de ces choses essentielles, il est très difficile de prendre la voie de la guérison.

J'aimerais parler de législation proactive pour ceux qui sont atteints d'une maladie mentale, plutôt que de lois restrictives leur imposant interdit par-dessus interdit. Quand on parle de personnes atteintes de maladie mentale, on ne peut pas en parler en vase clos. Il faut tenir compte entre autres de questions comme le logement, l'éducation et l'emploi. Je n'ai pas eu le temps de lire toute votre documentation. Je la lirai aujourd'hui, à bord de l'avion qui m'emmènera à Fredericton. Comment envisagez-vous une nouvelle loi, puisque nous n'avons pas celle qu'il faut actuellement? La Nouvelle-Écosse est, je crois, la seule province canadienne qui n'a pas de loi distincte.

M. Kaiser : Je suis heureux que vous me posiez la question. Dans le document que je vous ai remis au sujet de lois en matière de santé mentale qui font la promotion de l'égalité et dans mon petit exposé de ce matin, à partir de la page 26, vous constaterez que j'ai tenté de rédiger une ébauche de loi. Elle vise avant tout à faire la promotion de la santé mentale et de la participation à la vie sociale parce que je crois que c'est là la réponse à beaucoup de problèmes dont nous avons entendu parler ce matin, tant en ce qui concerne l'ordre juridique que le reste, du moins en partie. Je conçois un préambule à la loi où il est question du besoin de reconnaître l'égalité de toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale et d'accroître leur capacité de vivre au sein de la société et, aux pages 27 et 28, vous verrez que j'ai rédigé l'ébauche d'un préambule un peu compliqué. L'essentiel à retenir, c'est qu'il est possible, dans une loi de santé mentale, d'encourager la participation active de personnes ayant des troubles de santé mentale au sein de leur communauté plutôt que de les soumettre à des mesures coercitives. Il est ensuite question de plusieurs points que j'estime être des droits positifs que devraient avoir les gens pour les aider à vivre au sein de leur communauté. À la page 28, je commence par parler du droit à des services de représentation. Fort souvent, lorsque vous êtes aux prises avec soit le réseau de santé ou l'ordre juridique, s'il n'y a pas quelqu'un pour vous aider à faire connaître vos propres souhaits en tant que consommateur de services de santé mentale, vous êtes systématiquement tenu à l'écart des décisions et stigmatisé à tel point que personne ne vous écoute. Ils vous voient comme une personne ayant un problème de santé mentale plutôt que comme une personne qui mérite d'être entendue. Donc, un des droits fondamentaux devrait être le droit à des services de représentation. Ensuite, à partir de la page 29, je parle de droits exécutoires à des choses comme la décision quant à sa propre guérison et les objectifs de participation à la vie

I also mention at page 30 the relationship to involuntary hospitalization and treatment. The first resort of our community should be to promote people's rights to live in the community. Then, only as a last resort, after everything else has been tried, should we think about coercion and intervention.

I mention, as you did, the kinds of health determinants that are much broader in nature than having a right to medication or having the ignominy of having medication forced upon you when you do not want it. At page 31, I talk about having a right, based upon national standards, to things such as assertive community outreach and treatment programs; crisis response programs such as we have heard about today housing alternatives; self-help and consumer-run initiatives; assistance in becoming integrated into the community through employment, education and recreation; income maintenance programs; and a diversion-based program so that it takes consumers away from coercive responses.

Explicitly, I proposed a statute that concentrates on promotion of living in the community as a first resort, and imposes on legislatures the obligation to provide those kinds of support. There are relatively few examples where our society is willing to grant people positive rights statutorily. You see them sometimes in children-related legislation where a child who is in need of protection has a right to certain services. I think the reason why we do not guarantee positive rights to people who have mental health problems is that it would be very demanding on us as a society. However, failure to provide them with opportunities such as education, housing, friendship and supports means that people drift to the margins. There the mechanisms of stigmatisation take over and they are isolated, ridiculed, and disempowered so that the concentration to date, as I write in my article, of Canadian mental health legislation has been, "What can we do to coerce and intervene?" Although there is a place for that, it is not sufficiently recognized, because it is a blunt instrument, that it should be a last resort rather than a first resort. I would like to see legislation that empowers people, and I would also like to see legislation that says before you can use coercive responses, society must have offered people the kinds of positive rights we talk about. Before you resort to coercion there should be an entitlement to something else that would support you to live in the community.

If we take a different outlook in general on mental health legislation, we can move away from coercion and intervention.

communautaire en tant que consommateur plutôt que de se faire imposer par un autre ce dont vous avez besoin, selon lui. Ces droits sont de recevoir des services suffisants pour vous aider à vivre au sein de la communauté et de pouvoir mettre fin à ces services, volontairement, quand vous ne les voulez plus ou qu'il y a une raison valable d'y mettre fin.

Je parle également, à la page 30, du lien avec le placement et le traitement sans consentement. Le premier recours de notre communauté devrait être de promouvoir le droit de chacun de vivre au sein de sa communauté. Ce n'est qu'en dernier recours, après avoir tout tenté, qu'on devrait se tourner vers la coercition et l'intervention.

Je mentionne, comme vous l'avez fait, le genre de déterminants de la santé qui sont de nature beaucoup plus générale que de simplement avoir droit à des médicaments et l'ignominie de se voir administrer des médicaments contre sa volonté. À la page 31, il est question du droit, fondé sur des normes nationales, à des services comme des programmes d'approche et de traitement actifs, des programmes d'intervention en cas de crise comme ce dont nous avons entendu parler aujourd'hui, des solutions de rechange au logement, des initiatives d'auto-assistance dirigées par les bénéficiaires, de l'aide à l'intégration dans la communauté grâce à des programmes d'emploi, d'éducation et d'activités récréatives, des programmes de soutien du revenu et un programme de déjudiciarisation de manière à éviter les interventions coercitives à l'égard des consommateurs.

En termes plus explicites, j'ai proposé une loi qui gravite autour de la promotion de la vie au sein de la communauté comme premier recours et qui impose aux assemblées législatives l'obligation de fournir ce genre de soutien. Il existe relativement peu d'exemples où notre société est disposée à conférer des droits exécutoires dans la loi. On en voit parfois dans des lois qui confèrent à l'enfant qui a besoin de protection le droit à certains services. La raison pour laquelle nous ne garantissons pas des droits exécutoires aux personnes ayant des troubles de santé mentale est que ce serait très exigeant pour la société. Cependant, le fait de ne pas leur offrir des possibilités comme l'éducation, le logement, l'amitié et le soutien signifie qu'elles sont marginalisées. C'est alors que les mécanismes de stigmatisation entrent en jeu, et elles se retrouvent isolées, ridiculisées et écartées des décisions, de sorte que la loi canadienne en matière de santé mentale s'est concentrée jusqu'ici, comme je l'écris dans mon article, sur les mesures qui peuvent être prises à des fins de coercition et d'intervention. Bien que ces mesures aient leur place dans la loi, on ne reconnaît pas suffisamment, puisqu'il s'agit d'un outil-massue, qu'elles devraient être un dernier recours plutôt que le premier. J'aimerais que la loi confère des pouvoirs aux gens et j'aimerais également qu'elle dise qu'avant d'avoir recours à des mesures coercitives, la société doit d'abord avoir conféré le genre de droits exécutoires dont il est question. Avant d'être soumis à des mesures coercitives, il faudrait qu'on ait droit à quelque chose qui nous permette de continuer à vivre au sein de la collectivité.

Si nous adoptons en règle générale une autre approche à l'égard de la loi sur la santé mentale, nous pouvons nous éloigner du modèle de coercition et d'intervention.

Finally, in response to your question, I have always found it tragic that since the promulgation of the Charter of Rights and Freedoms, and then the equality guarantee in 1985, the tendency has been for our mental health legislation to become more coercive and more interventionist rather than more supportive of people's equality rights. The Charter, I regret to say, has in large measure not guaranteed people with mental health problems the right to live in circumstances of equality the way it should have. Instead, the Charter has tolerated the intrusiveness of mental health legislation, usually on the basis of paternalistic and interventionist outlooks. Again, people seem to embrace that rather too readily.

Senator Cordy: When you talk about the compromise between liberty and intervention, when would the intervention take place? Would it be when those with mental illness become a danger to themselves?

Mr. Kaiser: My view is that there is a limited place for involuntary measures where there is an obvious indication of dangerousness to self or others that is caused by the person's mental illness. Even then, intervention should only occur after other things are offered to the individual that do not require involuntary hospitalization and involuntary medication. Even then, I think you should be careful before you try to force people into hospital and to take medication that you have exhausted all other alternatives. However, I accept that there is that limited last-resort right rather than a first resort used to involuntary methods.

Senator Cook: If you could help me understand some of the things that have come out of your presentation this morning that would be great. We are looking at the creation of the National Mental Health Strategy that is inclusive.

Mr. McNeil, I heard you say that the traditional models are not working. From what I have sifted through in your presentations, we need appropriate training and we are not sure at what level or where that should take place. I am the type of person who wants to find a solution to everything; I am a simple person. How realistic is a comprehensive training program package right across the justice system, one that is collaborative and that meshes itself into the mental health system? At one point, I was thinking, in relation to 24/7 and our hospitals, you train as a nurse, but then if you are a psychiatric or a cardiology nurse there is enhancement training. How realistic is it, given restraints on resources, need for capacity building, and shortage of money, to have such a team cross-trained 24/7 that would do the job effectively with the number of elements that are in it? My other question is, how many people are we talking about here? In your catchment area, what are the numbers you deal with of people who find themselves in this crisis?

Enfin, en réponse à votre question, j'ai toujours jugé tragique, depuis la promulgation de la Charte des droits et libertés, puis de la garantie à l'égalité en 1985, la tendance de notre loi de santé mentale à être plus coercitive et plus interventionniste, plutôt que de soutenir davantage le droit à l'égalité. Il est regrettable que la Charte n'ait pas, dans une large mesure, garanti comme elle l'aurait dû le faire aux personnes atteintes de troubles de santé mentale le droit de vivre dans un contexte d'égalité. Elle a plutôt toléré le caractère intrusif de la loi de la santé mentale, en s'appuyant habituellement sur des approches paternalistes et interventionnistes. À nouveau, on semble privilégier ces moyens trop facilement.

Le sénateur Cordy : Quand vous parlez de compromis entre la liberté et l'intervention, à quel moment au juste aurait-on recours à l'intervention? Le ferait-on quand ceux qui sont atteints de maladie mentale représentent un danger pour eux-mêmes?

M. Kaiser : Les mesures imposées sont justifiées jusqu'à un certain point quand, de toute évidence, la personne est un danger pour elle-même ou pour d'autres et que la cause est une maladie mentale. Même alors, il ne devrait y avoir intervention qu'après avoir offert autre chose à la personne qui n'exige pas une hospitalisation et la prise de médicaments contre sa volonté. Même dans ces cas-là, il faudrait prendre bien garde, avant d'essayer d'obliger les personnes à se faire hospitaliser et à prendre des médicaments, d'avoir épuisé tous les autres recours. Cependant, je reconnais le droit limité d'utiliser ce moyen en dernier recours plutôt que comme premier recours menant à des mesures coercitives.

Le sénateur Cook : Ce serait fantastique si vous pouviez m'aider à comprendre certains points qui ressortent de votre exposé de ce matin. Nous cherchons à créer une stratégie nationale de la santé mentale qui est inclusive.

Monsieur McNeil, je vous ai entendu dire que les modèles classiques ne sont pas efficaces. D'après ce que j'ai compris après avoir parcouru les mémoires, nous avons besoin de formation convenable, mais nous hésitons quant au niveau et au lieu où cela devrait se faire. Je suis le genre de personne qui cherche des solutions à tout; je suis simple. À quel point est-il réaliste de mettre sur pied un programme de formation complète à l'échelle de l'ordre juridique, un programme qui mise sur la collaboration et qui s'imbrique avec le réseau de santé mentale? À un moment donné, je croyais, en ce qui concerne les services 24 heures sur 24, sept jours par semaine et nos hôpitaux, que vous êtes formé comme infirmier, puis que si vous travaillez dans une unité psychiatrique ou cardiologique, vous devez suivre une formation plus poussée. À quel point est-il réaliste, étant donné les contraintes au niveau des ressources, le besoin de renforcement des capacités et les pénuries d'argent, de faire le transfert d'apprentissage d'une équipe qui, 24 heures sur 24, sept jours par semaine, accomplirait le travail avec efficacité grâce au nombre d'éléments que comprend la formation? Par ailleurs, j'aimerais savoir de combien de personnes il est question? Dans votre circonscription hospitalière, combien de personnes se trouvent mêlées à ces crises?

Mr. Kaiser: I do not know the numbers in the local municipality. Perhaps the deputy chief would be able to say, and then from a national perspective, from the RCMP's point of view. I think it is realistic to have a responsive crisis intervention team. Once again, it is a matter of understanding that it requires a resource commitment to a problem that is much more costly if you do not apply those resources. If not having a crisis intervention team that is sensitive and respectful, and incorporates policing, mental health and social service elements, results in heightened risks of confrontation with the police or the suffering of people such as we heard this morning, then that is far most costly to our society, in an economic sense and in a human sense. We do not seem to skimp when we say there should be 24-hour emergency services for people who have heart failure or who have broken bones, but people with broken hearts and spirits are not recognized as having the same level of urgency. To me, it goes without saying that we could create, with appropriate levels of investment, exactly the kinds of better responses that we have discussed this morning.

Again, in terms of criminalization issues, I want to emphasize that, although I wholly support the idea of training, it is a matter of having appropriate policies that support people and divert them where appropriate throughout the whole justice system. That also means that everybody needs training; not just police officers, but judges, lawyers and corrections officials.

Our police officers are not adequately trained in many ways and do not have adequate supports from other parts of our social service community. They should not be handling these issues on their own. We should not hear these horror stories — which I have heard before — of inappropriate, often military, responses to people's difficulties of living in the community when they are more likely disruptive than truly dangerous; more likely nuisances than genuinely harmful. We can equip officers with better responses, but we would have to take it right back to the first responder — the person who takes the 9-1-1 call — to begin the screening for mental issues, and then to find police resources where, through crisis intervention teams or otherwise, people are likely to be sensitized and respectful. I think all of that is possible. The criminalization issue can be responded to in a thorough manner if you look at the models out there, and if we are prepared to take the problems seriously.

Senator Cook: Mr. Chair, I will close on this statement because there are some good news stories out there. In my province of Newfoundland and Labrador, if you apprehend a person who is in crisis, no longer do you go to the tertiary care emergency room. You go to a mental health facility, the Waterford Hospital, which is adequately equipped to deal with you when you go through the door. It is a short-stay facility of one week while you do all your

M. Kaiser : Je ne connais pas les nombres au niveau de la municipalité locale. Le chef adjoint pourra peut-être vous le préciser d'un point de vue national, du point de vue de la GRC. Il est réaliste d'avoir une équipe d'intervention en situation de crise. Je répète qu'il faut bien comprendre qu'en engageant des ressources à cette fin, on évite un problème beaucoup plus coûteux. Si, dans une situation de crise, à cause de l'absence d'une équipe d'intervention sensible et respectueuse qui comprend des éléments de maintien de l'ordre, de santé mentale et de services sociaux, vous augmentez les risques de confrontation avec la police ou de souffrance comme ce qui vous a été décrit ce matin, alors les coûts seront beaucoup plus grands pour la société, sur le plan économique comme sur le plan humain. Nous ne semblons pas chiches quand vient le temps d'offrir des services d'urgence 24 heures sur 24 à ceux qui font un arrêt cardiaque ou qui ont subi une fracture, mais on ne semble pas accorder le même niveau d'urgence à ceux qui ont le cœur et l'esprit brisés. Selon moi, il va sans dire que nous pourrions offrir, en y investissant les montants pertinents, exactement le genre d'intervention améliorée dont il a été question ce matin.

À nouveau, en ce qui concerne la question de la criminalisation, je tiens à souligner que, bien que je sois entièrement favorable à l'idée de formation, il s'agit d'avoir en place des programmes convenables qui offrent du soutien aux personnes et les déjudicialisent à tous les niveaux du système de justice. Cela signifie également qu'il faut offrir la formation à tous, non seulement aux policiers, mais également aux juges, aux avocats et aux employés des services correctionnels.

À bien des égards, nos policiers n'ont pas une formation adéquate et ne bénéficient pas du soutien voulu des autres composantes des services sociaux. Ils ne devraient pas avoir à s'occuper seuls de ces cas. On ne devrait pas entendre des histoires d'horreur — que j'ai déjà entendues — décrivant des interventions mal adaptées à la situation, souvent militaires, pour faire face aux difficultés qu'éprouvent certains à vivre au sein de la collectivité quand ils sont plus probablement une nuisance publique qu'un véritable danger, qu'ils nuisent vraisemblablement plutôt qu'ils ne font vraiment du tort. Nous pouvons former les policiers de manière à ce qu'ils fassent de meilleures interventions, mais il faudrait remonter jusqu'au premier intervenant — à la personne qui prend les appels 9-1-1 — pour lui montrer comment détecter les problèmes de santé mentale, puis de trouver les ressources policières susceptibles, parce qu'elles font partie par exemple d'une équipe d'intervention en situation de crise, d'être conscientes des problèmes et respectueuses. Je crois que tout cela est possible. On peut réagir à fond à la question de la criminalisation si l'on commence par examiner les modèles qui existent et si l'on est disposé à prendre les problèmes au sérieux.

Le sénateur Cook : Monsieur le président, je vais mettre fin à cette déclaration parce qu'il existe aussi des cas de réussite. Dans ma province, Terre Neuve-et-Labrador, si vous appréhendez une personne qui est en crise, vous ne la menez plus à la salle d'urgence d'un hôpital de soins tertiaires. Vous allez directement à un établissement de santé mentale, à l'hôpital Waterford, qui est bien équipé pour traiter ces cas. Il s'agit d'un établissement de

necessary paperwork to negotiate the courts and what have you. That is a good news story. There was money in the provincial budget to do that this year.

The Chairman: I want to thank our three witnesses for being here this morning. Obviously, we will go through the transcripts and the documents in detail.

Senators, I know that our next witnesses have been here watching, so they know the process.

Also, we had an all-day session on children's mental health in Ottawa last Friday and Mr. Andy Cox was in attendance. As a result, I have suggested to Mr. Cox that he not give a detailed opening statement because we have the one from last week, but that he tell the rest of you, when we come to him, what his background is. Then he can answer your questions. There is no need to repeat what we did last week.

Mr. Dwight Bishop, Ombudsman, Office of the Ombudsman of Nova Scotia: Mr. Chairman, it is a pleasure and a privilege to appear here today. When I received the request I was not sure why, but I got to thinking about it and I hope that my comments and observations are of some assistance.

I was taken by the fact that you are undertaking this initiative. I have felt for some time that mental health has probably not been given the attention it deserves. There is an attitude problem within the community in terms of mental health.

I have with me today, Christine Brennan, who is in charge of looking after our youth and senior's unit in the ombudsman's office, which has a unique pro-active program to deal with youth. We are trying to flip that to seniors as well, and I will allude to that in a few minutes.

When I was looking through your work book, I thought it covered a lot of issues. It mentioned that one in five people may have suffered, or may suffer, from mental illness. Actually, I thought that might be low. If you look at the correctional facilities, particularly with youth, you can flip that around and four out of five people — and that is probably a low figure — could benefit from mental assistance.

I have had occasion to visit the adult correctional facilities as well. The one that really took me back was when I visited the federal female facilities in Truro. I would be surprised if a very high percentage of people there would not benefit. I almost ask myself the question, "Are they in the right environment?" You have to ask yourself, "Should they be here or at some other area, and be dealt with in some other manner?" That raises the issue, is the criminal justice system being used for people to seek mental health treatment? Some of these are my views over experience and time. They are not necessarily tied to my role as ombudsman. I have been ombudsman for only a year and a half, so you acquire

court séjour d'une semaine où l'on s'occupe de toute la paperasse pour négocier avec les tribunaux et je ne sais trop quoi encore. C'est une bonne nouvelle. Le budget provincial prévoyait des fonds pour le faire cette année.

Le président : Je tiens à remercier nos trois témoins d'avoir répondu à notre invitation ce matin. Manifestement, nous lirons la transcription des témoignages et nous attarderons aux documents présentés.

Chers collègues, je sais que les témoins suivants étaient présents dans la salle durant les témoignages que nous venons d'entendre. Ils connaissent donc bien le processus.

De plus, vendredi dernier, nous avons eu une séance d'une journée à Ottawa au sujet de la santé mentale des enfants, et M. Andy Cox était présent. Je lui ai donc proposé qu'il ne fasse pas de déclaration liminaire parce que nous pouvons nous reporter à celle de la semaine dernière, mais qu'il nous parle plutôt, quand ce sera son tour, de ses acquis. Il pourra ensuite répondre à vos questions. Il est inutile de reprendre ce que nous avons déjà fait la semaine dernière.

M. Dwight Bishop, Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse : Monsieur le président, c'est pour moi un réel plaisir et un privilège de me trouver ici aujourd'hui. Quand j'ai reçu l'invitation, je n'étais pas sûr de la raison pour laquelle on m'invitait, mais je me suis mis à réfléchir et j'espère que mes observations d'aujourd'hui vous seront utiles.

J'ai été impressionné par le fait que vous avez entrepris ces travaux. Depuis quelque temps déjà, je crois que la santé mentale n'a probablement pas reçu l'attention qu'elle méritait. Il existe au sein de la collectivité un problème d'attitude à cet égard.

Je suis accompagné aujourd'hui de Christine Brennan qui, au bureau de l'ombudsman, s'occupe de notre unité de services aux jeunes et aux personnes âgées, un programme proactif unique mis sur pied à l'intention des jeunes. Nous sommes en train d'essayer d'y intégrer les personnes âgées, et j'y reviendrai tout à l'heure.

Quand j'ai examiné votre cahier de travail, je me suis fait la réflexion qu'il couvrirait beaucoup de questions. On peut y lire notamment qu'une personne sur cinq a peut-être ou a peut-être déjà eu une maladie mentale. En réalité, je trouvais le ratio peut-être bas. Quand on examine les services correctionnels, particulièrement ceux qui accueillent les jeunes, on peut inverser le ratio et dire que quatre personnes sur cinq — et c'est probablement un chiffre bas — pourraient profiter d'une aide sur le plan de la santé mentale.

J'ai également eu l'occasion de me rendre dans les établissements pénitentiaires pour adultes et c'est l'établissement fédéral pour les femmes, à Truro, qui m'a véritablement surpris. À mon avis, un pourcentage élevé de ces gens-là en tirerait profit. J'en arrive presque à me poser la question suivante : « Se trouvent-ils dans le bon environnement? » Il faut se demander : « Devraient-ils être ici ou ailleurs et devraient-ils être traités autrement? » On en arrive alors à se demander si les gens se servent du système de justice pénale pour obtenir des traitements en santé mentale. Ce sont certains de mes points de vue qui découlent de ce que j'ai vu et du temps que j'y ai consacré, sans

knowledge over time. I think addiction too is probably a spin-off, in a large degree, from a mental health issue or a mental health problem.

I was taken aback when I thought about where we were holding this hearing today, and it is in the casino. I am not saying there is anything wrong with it; it is just me.

The Chairman: I was as stunned as anybody, not because I am offended by the casino. It turns out that our schedule would have worked better had we done it on Tuesday or Wednesday, but it turns out that there must be some big convention going on. We had trouble finding space but I agree with you, there is something ironic about doing a mental health hearing in a casino.

Mr. Bishop: It shows how I have changed. I used to go to the casino a few years ago, and now I do not bother. I think I have seen the spin-off from that type of activity.

When I went through the workbook and things, I thought maybe I would take a different approach. I hope I hit some points here. I think the greatest challenge is to develop a balanced delivery model, a balanced strategy. People accept that there is a need to do more in mental illness and mental health. The issue is, how? A balanced strategy covers many areas, and my eyes lit up when I heard a couple of the things the professor before me said near the end. You need to involve federal, provincial and municipal governments in the process in some way. You need to work as a team. You need to involve the police, for example, the first-line people. You need to involve doctors, and you need to involve the community. We need to have a seamless team approach.

A lot of things are tied up now at the provincial level between the Department of Community Services, the Department of Justice and the Department of Health. You can expect that, in a sense, because they have a general responsibility for this area. However, you can always improve communications and services between those agencies.

You have the federal government with this initiative and wanting to do more in this area. It needs to be delivered in a way which will deliver results to the community with those different orders of government. If you measure in all those things and develop a strategy, it probably has an opportunity for longer-term success.

I always found that the further you step back from the front line, the less realistic the proposals become. Often the front-line people are the ones who can solve most of the problems for you. They have the answers if they are given the opportunity.

We have found, and I use our children's section as an example, prevention and being pro-active works. Our children's section, for example, visits the correctional facilities for youth once a month; they visit the high risk facility in Truro probably twice a month.

pour autant qu'ils ne soient liés à mon rôle d'ombudsman, poste que j'occupe depuis un an et demi seulement; on acquiert des connaissances au fil du temps. Je pense aussi que la toxicomanie découle probablement, dans une vaste mesure, d'une question ou d'un problème de santé mentale.

Ce qui m'a surpris aujourd'hui, c'est que cette audience se déroule au casino. Je ne dis pas que ce n'est pas bien, c'est juste que je voulais le souligner.

Le président : J'ai été aussi surpris que n'importe qui, non parce que le casino lui-même me gêne. Il aurait mieux valu tenir cette séance mardi ou mercredi, mais cela n'a pas été possible à cause d'un congrès quelconque. Nous avons eu du mal à trouver une salle, mais je suis d'accord avec vous, tenir une audience sur la santé mentale dans un casino est quelque peu ironique.

M. Bishop : Cela prouve que j'ai bien changé. Il y a quelques années, j'avais l'habitude d'aller au casino, chose que je ne fais plus. Je crois que j'ai bien vu où pouvait mener ce genre d'activité.

Lorsque j'ai examiné le cahier, et cetera, j'ai pensé adopter une approche différente et j'espère trouver quelques réponses. À mon avis, la mise au point d'un modèle d'exécution équilibré, d'une stratégie équilibrée, représente le plus grand défi qui soit. Les gens reconnaissent qu'il faut en faire plus dans le domaine de la maladie et de la santé mentales. La question qui se pose est la suivante : Comment? Une stratégie équilibrée permet d'englober de nombreux domaines et j'ai été ravi d'entendre les propos du témoin précédent. Il faut faire participer les gouvernements fédéral, provincial et municipal au processus, d'une façon ou d'une autre. Il faut travailler en équipe. Il faut faire participer la police, par exemple, les gens qui se trouvent en première ligne. Il faut faire participer les médecins et également la collectivité. Il faut une approche d'équipe intégrée.

Bien des aspects de la question relèvent maintenant de la province et plus particulièrement du ministère des Services communautaires, du ministère de la Justice et du ministère de la Santé. On peut s'y attendre, dans un certain sens, puisque ces ministères ont une responsabilité générale à cet égard. Toutefois, il est toujours possible d'améliorer les communications et les services entre eux.

Le gouvernement fédéral a lancé cette initiative et veut en faire plus dans ce domaine. Il doit y donner suite d'une façon qui donne des résultats dans la collectivité qui relève de ces divers ordres de gouvernement. Il suffit de prendre en compte tous ces éléments et de mettre au point une stratégie pour probablement obtenir un succès à plus long terme.

Je me suis toujours rendu compte que plus on s'éloigne des premières lignes, moins les propositions deviennent réalistes. Souvent, ce sont ceux qui se trouvent en première ligne qui arrivent à résoudre la plupart des problèmes pour vous. Ils disposent des réponses si on leur donne la possibilité de les trouver.

Nous avons découvert, et je prends nos services destinés aux enfants à titre d'exemple, que la prévention et la proactivité portent fruit. Les employés de nos services destinés aux enfants, par exemple, se rendent dans les établissements pénitenciers pour

We are moving into all group homes over the next month. You might say, why? We want to have a presence. We want to have a comfort and confidence level with those youth so that if something is going on they can come to see us. We can meet with them, talk to them, and maybe help them. We are not purely an advocate for them, but we insert ourselves. We put out a lot of fires that way too. It is not a confrontational thing with the organization either. A lot of that came out of the problems with sexual assaults and things like that at the Shelburne Youth Centre.

We want to flip that and do the same for seniors because there are 9000 seniors in Nova Scotia living in licensed complexes. I mention the youth one here because there is a high element of prevention, especially in being pro-active, working as a team and not working as Big Brother. That can develop confidence and avoid problems before they start.

The other day I told my son I was appearing before your committee, and I asked him, "If you had something to say, what would you say?" He replied, "You have to reach the people who need it." A lot of people will not come; we need to reach them. I think one of our challenges is, how do we reach people? How do we reach people that need that? To do that, there is a confidence level and these things that need to be built.

Not too long ago, I was at a presentation put on by the law society called Uncommon Law and they had a lot of youth there. One chap stood up and said, "I have been seen by 15 different people over so many years, and they just come and go." He said, "They are more concerned with processes than they are with people." You have to focus on the people and let the other come through.

Again this is a service delivery and the professor hinted at it, but we need one-stop shopping. There should be one window in. If you have trouble with youth, for example, or youth have problems, there should be one location they can go. They come in and they are dealt with, whether it is policing, mental health, social problems, and all those issues.

In my previous life I asked 50 detachment commanders one day, "If you had a crystal ball, how would you like to handle youth?" That was the first response they gave me; one-stop shopping, get all the agencies together. I said, "Where?" and they said, "In the schools." I said, "Why the schools?" and they said, "That is where most of them are." The thing that stuck with me was the one-stop shopping. I am kind of basic on some of this. I just keep my fingers crossed I am on track, that is all.

People suffering from mental illness or addictions are really, in large measure, a product of circumstance, a product of their environment. We have to work with the community. We have to

jeunes une fois par mois, et dans l'établissement à haut facteur de risque de Truro, probablement deux fois par mois. Nous allons nous rendre dans tous les foyers d'accueil à partir du mois prochain. Vous pouvez demander pourquoi? Nous voulons avoir une présence, gagner la confiance de ces jeunes pour que, au cas où il leur arriverait quoi que ce soit, ils peuvent venir nous voir. Nous pouvons alors les rencontrer, leur parler et peut-être les aider. Nous n'agissons pas uniquement à titre de défenseurs de leur cause, mais nous nous introduisons dans leur milieu. Nous éteignons beaucoup de feux de cette manière également et il ne s'agit pas non plus d'une approche conflictuelle vis-à-vis l'organisation. Une grande partie de ces mesures découlent des problèmes d'agression sexuelle et autres choses du genre au Centre des jeunes de Shelburne.

Nous voulons également faire la même chose pour les personnes âgées, car on en retrouve 9 000 en Nouvelle-Écosse qui vivent dans des établissements agréés. Si je parle des jeunes, c'est parce que l'on peut faire beaucoup de prévention, être proactifs, travailler en équipe et ne pas jouer au Big Brother. On peut ainsi gagner leur confiance et éviter les problèmes avant qu'ils ne se manifestent.

J'ai dit à mon fils l'autre jour que j'allais comparaître devant votre comité et je lui ai posé la question suivante : « Si tu avais quelque chose à dire, que dirais-tu? » Il a répondu : « Il faut aller vers les gens qui en ont besoin. » Beaucoup de gens ne vont pas venir; nous devons aller vers eux. C'est à mon avis l'un de nos défis, comment aller vers les gens? Comment aller vers ceux qui en ont besoin? Pour ce faire, il faut instaurer un climat de confiance, et cetera.

Il n'y a pas très longtemps, j'ai assisté à une conférence du Barreau intitulée « Uncommon Law » où se trouvaient beaucoup de jeunes. L'un d'eux s'est levé et a dit : « Quinze personnes différentes m'ont suivi pendant tellement d'années, elles ne font qu'aller et venir. » Il a continué : « Elles se préoccupent davantage des processus que des gens. » Il faut mettre l'accent sur les gens et le reste suivra.

Là encore, il s'agit d'une prestation de services comme l'a indiqué le témoin précédent, mais il faut prévoir un guichet unique. Si vous avez des ennuis avec les jeunes, par exemple, ou si les jeunes ont des problèmes, ils devraient pouvoir se rendre dans un seul endroit, qu'il s'agisse des services de police, de la santé mentale, des problèmes sociaux, et cetera.

Dans une autre vie, j'ai posé à des commandants la question suivante : « Si vous pouviez prédire l'avenir, comment vous occuperiez-vous des jeunes? » Ils m'ont répondu en premier lieu qu'il fallait prévoir un guichet unique, le regroupement de toutes les agences. J'ai demandé : « Où? » Ils m'ont répondu : « Dans les écoles. » J'ai dit : « Pourquoi les écoles? » Et ils m'ont répondu : « C'est là que se trouvent la plupart des jeunes. » Le concept de guichet unique est ce qui m'est resté à l'esprit. C'est pour moi fondamental; j'espère simplement que je suis sur la bonne voie, un point c'est tout.

Les gens qui souffrent de maladie mentale ou qui sont toxicomanes sont vraiment, dans une grande mesure, victimes des circonstances et de leur milieu. Il faut travailler avec la

deal with it, that way. Also, we must bear in mind there is a huge industry associated with mental illness and other health things, and that industry should not really govern how this is dealt with. There is a huge group of volunteers out there. There is a large community that needs to take ownership of some of this too.

I mentioned earlier the attitude shift towards people with mental health issues and addiction. If you look at how they are treated and how youth are treated, it is usually through the judicial system, or the numbers make it seem that way. There needs to be a huge public relations or attitude change campaign on how people perceive and deal with people with mental illness, and it will take time, I would think. It is something that has to evolve over time, but it needs to be started.

Also, I hear about a lot of money for health all of the time but it does not seem that I hear as much for mental health. You hear a lot about getting your heart fixed and all these things. It is a health issue and it needs to be treated as a health issue and a community issue. I think it can be shifted. A lot of us used to smoke cigarettes, but a lot of us do not do it anymore. Drinking and driving was almost acceptable at one time. It is now unacceptable. There are ways we can change these things.

In terms of the way we deal with mental health, my feeling is that it does not reflect well on our society or on me. I think we can do more. In terms of the ombudsman's office we are not large players. I think we have a very active program. We look at our programs and our roles — I am very proud of the one with youth, I am proud of the one we are moving into seniors. I am also proud that we are shifting, and looking more at improving administrative processes in the government.

When I say we do not have a large role, I have probably misstated that. We do not have a lot of resources, but I think we can leverage our role because, for example, I am meeting in a short while with the Deputy Minister of Community Services to talk about interrelationships within that department and other departments, and things like that.

I would leave with the fact that undertaking this is very good. Again, I would come back to a team approach with the different levels or orders of government, and the community.

The Chairman: Thank you. You have raised a number of questions in my mind that we will come back to later.

Ms. Linda Bayers, Executive Director, The Self-Help Connection: Good morning, senators, and welcome to Nova Scotia. For our colleagues, welcome home to Senators Cordy and Kirby from Nova Scotia, and welcome to senators from other parts of the country. Welcome to beautiful Nova Scotia, Canada's ocean playground. You are as welcome as the flowers of May,

collectivité pour pouvoir régler leurs problèmes. Nous devons également nous rappeler qu'il existe une grande industrie de la santé mentale et d'autres questions de santé, et qu'il ne devrait pas lui appartenir de décider de la façon dont on procède dans ce domaine. On dispose d'énormément de bénévoles qui doivent également participer au processus.

J'ai indiqué un peu plus tôt que l'attitude envers les personnes atteintes de maladie mentale et de toxicomanie avait changé. C'est habituellement par l'entremise du système judiciaire qu'on s'occupe de leur traitement ainsi que de celui des jeunes; les chiffres semblent l'indiquer. Il faudrait lancer une campagne de relations publiques afin de changer les attitudes et la perception des gens face aux personnes atteintes de maladie mentale; cela va prendre du temps, j'imagine. C'est quelque chose qui va évoluer au fil du temps, mais il faut bien commencer quelque part.

Apparemment aussi, beaucoup de fonds sont constamment affectés à la santé, mais pas vraiment à la santé mentale. On entend beaucoup d'histoires d'opérations cardiaques, et cetera. C'est une question de santé qui doit être traitée en tant que telle ainsi qu'en tant que question touchant la collectivité dans son ensemble. Je crois qu'on peut modifier les attitudes. Beaucoup d'entre nous étions des fumeurs, mais nous avons réussi à arrêter. Conduire en état d'ébriété était pratiquement acceptable à un moment donné, ce qui ne l'est plus aujourd'hui. Il est donc toujours possible de changer les choses.

J'ai l'impression que notre façon d'aborder la santé mentale ne donne pas une bonne image de notre société ou de moi-même. Je crois que nous pouvons en faire plus. Le bureau de l'ombudsman n'est pas un intervenant d'importance, mais je pense que nous avons un programme très actif. Nous examinons nos programmes et nos rôles — je suis très fier de ce que nous faisons pour les jeunes, et de ce que nous commençons à faire auprès des personnes âgées. Je suis également fier du fait que nous changeons et que nous envisageons davantage d'améliorer les processus administratifs au sein du gouvernement.

Lorsque je dis que nous n'avons pas un rôle important, ce n'est probablement pas tout à fait exact. Nous n'avons pas beaucoup de ressources, mais je crois que nous pouvons miser sur le rôle qui nous a été conféré, parce que, par exemple, je vais rencontrer sous peu le sous-ministre des Services communautaires pour parler des interrelations au sein de ce ministère et d'autres, et cetera.

Je dirais qu'il est très positif d'entreprendre de tels projets et je souligne encore une fois l'importance de l'approche d'équipe avec les divers ordres de gouvernement et la collectivité.

Le président : Merci, vous soulevez plusieurs questions sur lesquelles nous allons revenir un peu plus tard.

Mme Linda Bayers, directrice exécutive, The Self-Help Connection : Bonjour, mesdames et messieurs les sénateurs, et bienvenue en Nouvelle-Écosse. Bienvenue en particulier aux sénateurs Cordy et Kirby qui sont originaires de notre province et bienvenue à ceux qui viennent d'autres régions du pays. C'est un plaisir que de vous accueillir dans la belle province de la

which are not too plentiful. Greetings and welcome also, from our board of directors.

I wanted to spend a few minutes talking about what the Self-Help Connection does and then move to the role of self-help, mutual aid, peer support and being part of the solution of people who are living with, through or beyond, a mental illness.

I would appreciate a one-minute warning so I do not cut into Mr. Cox's air time. The Self-Help Connection was set up as a province-wide self-help resource centre in 1987 based on former federal health minister Jake Epp's framework of support, in which mutual aid and self-care were recognized as important mechanisms for health promotion. We are grateful that the federal government funded us for five years. Our own provincial Department of Health, Mental Health Services branch, continues to fund us, and the Department of Community Services provides funding for our Consumer Initiative Centre. You heard from my colleague at the centre, Roy Muise, yesterday.

We provide information and support. There are over 500 self-help groups in Nova Scotia, up from 38 in 1987. They are an important resource for providing knowledge, skills and resources for individual and collective action. Another thing the Self-Help Connection does is capacity-building. We provide leadership training for people to take individual and collective action on their own health. We also have a strong research and evaluation component.

Self-help provides emotional support and practical help. It is the kind of help you cannot duplicate in a doctor's office. No one can say better than somebody living with, through and beyond a mental illness, "I understand how you feel. I am on a quest for recovery with you."

As well as an educator and researcher, I come here this morning as a strong consumer ally. I believe in the capacity of people to take control of their own recovery, and that you can learn your way out of, and through, mental illness. I understand there are a few old school marms — old in being wise — and a nurse on the committee this morning, who are key allies in the self-help movement.

We have targeted specific populations over our 17 years in business. We have targeted women in rural areas; African Canadians in our six indigenous black communities in the metro area; youth; ex-offenders; mental health consumers who want to learn how to do participant action research; and most recently, Acadians and francophones, through our affiliation with Réseau Santé de Nouvelle-Écosse, offering to translate our materials for free for members of those particular communities.

Nouvelle-Écosse, paradis maritime du Canada. Vous êtes aussi bienvenus que les fleurs de mai, qui ne sont pas très nombreuses. Meilleures vœux également de la part de notre conseil d'administration.

Avant de passer au rôle de l'initiative personnelle, de l'aide mutuelle, du soutien par les pairs, j'aimerais consacrer quelques minutes à ce que fait The Self-Help Connection pour offrir un élément de solution aux gens qui sont atteints de maladie mentale ou qui en sont guéris.

J'aimerais que vous m'avertissiez une minute à l'avance que mon temps de parole est écoulé pour que je n'empiète pas sur le temps de M. Cox. The Self-Help Connection est un centre de ressources d'initiative personnelle créé en 1987 à l'échelle de la province à partir de l'infrastructure de soutien de Jake Epp, ancien ministre fédéral de la santé, qui reconnaît que l'aide mutuelle et l'autonomie jouent un rôle important dans la promotion de la santé. Nous sommes heureux que le gouvernement fédéral nous ait financé pendant cinq ans. Notre propre direction des services de santé mentale du ministère provincial de la santé continue à nous financer, et le ministère des Services communautaires finance notre centre d'initiative personnelle. Vous avez entendu hier le témoignage de mon collègue de ce centre, Roy Muise.

Nous donnons des renseignements et fournissons un soutien. Il existe plus de 500 groupes d'initiative personnelle en Nouvelle-Écosse, alors qu'il n'y en avait que 38 en 1987. Ces groupes sont importants puisqu'ils donnent des renseignements, des compétences et des ressources aux particuliers et aux collectivités. The Self-Help Connection s'occupe également du renforcement des capacités et donne des cours de leadership à ceux qui prennent des mesures individuelles et collectives pour leur propre santé. Nous avons également un secteur important de recherche et d'évaluation.

L'initiative personnelle apporte un soutien psychologique et de l'aide pratique. C'est le genre d'aide que l'on ne peut pas retrouver chez un médecin. Pour une personne qui souffre de maladie mentale ou qui en est sortie, rien ne vaut mieux que de se faire dire : « Je comprends ce que vous ressentez, je vous accompagne sur le chemin de la guérison. »

En plus d'être éducatrice et chercheuse, je me présente également devant vous ce matin comme alliée convaincue des bénéficiaires en santé mentale. Je crois que les gens ont la capacité d'assurer leur propre guérison et de comprendre qu'ils peuvent se sortir de la maladie mentale. Je sais qu'il y a des gens de la vieille école — vieille école, dans le sens de sagesse — et une infirmière présents ce matin, qui sont des alliés clés du mouvement de l'initiative personnelle.

Nous ciblons des populations particulières depuis 17 ans que nous oeuvrons dans ce domaine. Nous avons ciblé les femmes des régions rurales; les Canadiens d'origine africaine dans nos six collectivités noires de la région urbaine; les jeunes; les ex-délinquants; les bénéficiaires en santé mentale qui veulent apprendre comment participer à la recherche; plus récemment, les Acadiens et les francophones, grâce à notre affiliation au Réseau santé de Nouvelle-Écosse, proposant de traduire gratuitement nos

We have also targeted male survivors of childhood sexual abuse. My male colleagues kept saying, "We are doing all this stuff for everybody. When are we going to have something for men helping men?" We recognize there is a gap in services in this area, male services, so we are thinking of giving a conference in that area.

We have had very innovative programs called Consumers as Educator, Consumers as Coach, and Peer Specialist. One of my colleagues, Roy Muise, is the first Canadian trained as a certified Peer Specialist. I understand, Senator Kirby, you are interested in that program and we are interested in bringing it here and Canadianizing it, Nova Scotianizing it.

Self-help is a wonderful resource for healing. It is not for everybody. That is why we are looking into one-to-one peer support. However, it has been criticized for taking a critical stance towards expert systems, and I say there is a professional fear that self-help groups "doctor bash." I prefer to characterize it as guarding your interest in your dealings with the mental health system and negotiating your interest.

A key thing that self-help groups provide is hope: hope to say, "You alone can do it, but you cannot do it alone." Recognize it is the power of the individual and the power of the collective to learn your way to live with, through and beyond. Even using the word "beyond" recognizes that one can recover and have a productive life. As Senator Cordy said, "What do mental health consumers want?" They want the same as the rest of us want; a job, friends, home, and colleagues, et cetera.

In the self-help literature, self-help groups are recognized as significant social movements producing knowledgeable and political subjects, able to exercise power and control over their lives. However, in my own research I concluded that we have to find ways for self-help groups to be officially recognized and utilized resources for recovery. It is ad hoc now whether a person gets in a self-help group. Some doctors know about it and they refer people. Some have what I call mythical fears around self-help groups; that there is doctor bashing, misinformation and so on.

The Chairman: When you say self-help, is that what I would call peer support? Are the terms interchangeable?

documents pour les membres de ces collectivités particulières. Nous avons également ciblé les hommes qui ont subi des abus sexuels au cours de leur enfance. Mes collègues hommes ne cessaient de me dire : « Nous faisons tout ce travail pour tout le monde, quand allons-nous faire quelque chose pour que les hommes puissent s'aider eux-mêmes? » Nous admettons qu'il y a une lacune dans ce domaine, dans celui des services offerts aux hommes, si bien que nous pensons donner sous peu une conférence à ce sujet.

Nous avons lancé des programmes très novateurs comme « Consumers as Educator », « Consumers as Coach », et « Peer Specialist ». L'un de mes collègues, Roy Muise, est le premier Canadien certifié spécialiste du soutien par les pairs. Il me semble, sénateur Kirby, que vous êtes intéressé par ce programme et que nous voulons l'amener ici, le canadianiser, l'offrir à la mode néo-écossaise.

L'initiative personnelle est une ressource merveilleuse qui facilite la guérison. Ce n'est pas quelque chose qui convient à tout le monde et c'est la raison pour laquelle nous envisageons un soutien individuel par les pairs. Toutefois, c'est une méthode qui a été critiquée sous prétexte qu'elle désapprouve les systèmes de spécialistes et je dirais que les professionnels craignent que les groupes d'initiative personnelle ne « dénigrent les médecins ». Je préfère dire que ces groupes protègent vos intérêts en ce qui concerne vos interventions dans le domaine de la santé mentale et les négocient.

Les groupes d'initiative personnelle donnent essentiellement de l'espoir en disant au patient : « Vous seul pouvez le faire, mais vous ne pouvez pas le faire seul ». Ces groupes reconnaissent ainsi le pouvoir de la personne et le pouvoir de la collectivité d'apprendre à vivre avec les problèmes de santé mentale et au-delà. Le fait d'utiliser l'expression « au-delà » sous-entend qu'il est possible de guérir et de mener une vie productive. Comme l'a dit le sénateur Cordy : « Que veulent les bénéficiaires en santé mentale? » Ils veulent ce que le reste d'entre nous voulons : un emploi, des amis, un foyer, des collègues, et cetera.

La documentation relative à l'initiative personnelle reconnaît que les groupes d'initiative personnelle sont des mouvements sociaux importants qui donnent des gens bien informés et avertis au plan politique, capables d'exercer leur pouvoir et de mener leur propre vie. Toutefois, dans le cadre de ma propre recherche, je suis arrivée à la conclusion qu'il faut trouver des façons de reconnaître officiellement les groupes d'initiative personnelle et les utiliser comme centres de ressources en vue de la guérison. Il est maintenant accepté qu'une personne se tourne vers un groupe d'initiative personnelle. Certains médecins sont au courant et nous envoient des patients. D'autres ressentent une crainte non fondée par rapport aux groupes d'initiative personnelle; ils pensent que l'on y fait du dénigrement des médecins, que l'on y donne de l'information erronée, et cetera.

Le président : Lorsque vous parlez d'initiative personnelle, cela équivaut-il à ce que j'appellerais le soutien par les pairs? Ces expressions sont-elles interchangeables?

Dr. Bayers: I would say they are. Here is the distinction I make. If Mr. Cox and I are helping each other over something, it is mutual aid. If we invited Mr. Bishop into our group it would be a self-help group. Mutual aid is helping you helps me. There is a giving of help and a receiving of help. Peer support can be done in a group because, ideally, everybody in that group has a common concern, whether it is depression or whatever. Peer support is the kind of support where the peer that is living with the concern, helps you with it. For all intents and purposes, I would say they are interchangeable.

There are some distinctions in the self-help literature between self-help and support groups, if the group is professionally led and so on, but it is essentially the same thing.

Groups often disrupt the discourse that somebody is a victim, and a self-help group teaches you how to be a survivor and a thriver, and to get on with your life and recover.

To sum up, self-help groups raise consciousness; they challenge power relationships, especially in relation to expert systems such as medicine; they help people develop their first voice; and they move individuals to individual and collective action on their health.

We look upon self-help groups as a powerful complement to professional help. My concern is that professionals are not using the self-help model in key parts, when people are getting sick or are in the recovery process. An example I will use, since we are in the casino, is gambling. With the gambling curve, people go down to the 'v' of where they become very suicidal after they have mortgaged their house, and so on. That person could go into a self-help group to try to stop that precipitation into very serious problems, and they can also be in the group when they are recovering. We are not using the full power of group as preventative and promotional things.

People get into a self-help group when they are in crisis. Sometimes these groups are used as a dumping ground for failures in the formal system so I think the self-help model, peer support, could be used more at different times. As an example, my colleague Roy Muise came back with his new tool kit from Georgia and a couple of colleagues sat in on a presentation he did on a Wellness Recovery Action Plan, WRAP. Because those of us in the mental health field often get busy and stressed, we forget about our own mental health, and I picked up a few tricks there on how to preserve my own mental health because I do not want to become the one in five of us that have to use the formal system.

La Dre Bayers : Je dirais que oui, tout en faisant une distinction. Si M. Cox et moi-même nous nous aidons mutuellement au sujet de quelque chose, il s'agit d'aide mutuelle. Si on invitait

M. Bishop dans notre groupe, il s'agirait d'un groupe d'initiative personnelle. Dans le contexte d'aide mutuelle, le fait que je vous aide m'aide. On donne et on reçoit de l'aide. Le soutien par les pairs peut se faire dans un groupe parce que, idéalement, chaque membre du groupe a le même problème, qu'il s'agisse de dépression ou d'autres choses. Le soutien par les pairs est un soutien permettant à vos pairs qui ont le même problème que vous de vous aider. À toutes fins pratiques, je dirais que ces expressions sont interchangeables.

La documentation relative à l'initiative personnelle fait des distinctions entre les groupes d'initiative personnelle et de soutien, si le groupe est dirigé par un professionnel, et cetera, mais il reste que c'est essentiellement la même chose.

Les groupes évitent souvent de parler de victimes, et un groupe d'initiative personnelle vous apprend comment survivre et prospérer, comment continuer à vivre et comment guérir.

Pour résumer, les groupes d'initiative personnelle vous sensibilisent davantage; mettent en garde contre les relations de pouvoirs, notamment par rapport à des systèmes de spécialistes comme la médecine; aident les gens à s'exprimer pour eux-mêmes et incitent les particuliers à prendre des mesures personnelles et collectives en ce qui concerne leur santé.

À notre avis, les groupes d'initiative personnelle complètent fortement l'aide professionnelle. Ce qui me préoccupe, c'est que les professionnels n'ont pas recours au modèle d'initiative personnelle dans certains domaines essentiels, lorsque les gens tombent malades ou sont sur la voie de la guérison. Je prendrai le jeu comme exemple, puisque nous sommes au casino. Il arrive que des gens tombent au plus bas, deviennent suicidaires, après avoir hypothéqué leur maison, et cetera, tout cela à cause du jeu. Ces gens-là pourraient se tourner vers un groupe d'initiative personnelle pour essayer d'éviter de très graves problèmes et pourraient également être dans le groupe au moment de leur guérison. Nous ne tirons pas parti de tout ce que représente le groupe comme outil de prévention et de promotion.

Les gens se tournent vers un groupe d'entraide quand ils sont en difficulté. Ces groupes servent parfois d'exutoire pour dénoncer les failles du système. À mon avis, le modèle du groupe d'entraide, du groupe de soutien par les pairs, devrait être utilisé plus souvent. Par exemple, Roy Muise est revenu de Georgie avec une nouvelle trousse d'outils. J'ai assisté, avec quelques collègues, à l'exposé qu'il a donné sur le Wellness Recovery Action Plan, le WRAP, qui est un programme de guérison et de bien-être. Ceux qui travaillent dans le domaine de la santé mentale ont souvent tendance à se laisser envahir par le travail et le stress, à négliger leur propre santé mentale. J'ai découvert des moyens de préserver ma santé mentale, car je ne veux pas me retrouver dans une situation où je devrai avoir recours au système formel.

Again, self-help can be used to maintain your health. I say to you, Senators, as I do to all my friends and colleagues, if you have a health problem go to a self-help group. You will find out information because self-help group members are information junkies surfing the Internet day and night for information on how to get better and how to recover. They provide emotional support and practical help. They are cheerleaders. They say, "You can do it because I did it." Where else can you do that when you are feeling hopeless? There is no place else on planet earth where you can get that kind of help.

Self-help groups can be facilitators of better working relationships with health professionals. I have professional colleagues who say, "My goodness, I am here to help. The person needs support and I do not have time to hand-hold." I say, "Well, be big enough to send them to a self-help group where members are very good at hand-holding."

Professionals have to learn to become big enough to refer people to resources. If the person is not getting what they need in the self-help group, they will remove themselves from the self-help group. Again, it is a very important resource. How do you live day and night with a mental illness? Does it not make sense to talk to people who are living day and night with a mental illness? It makes perfect sense to me.

One of the big gaps I see is professional education. I would like to see a course in the school of medicine, the school of nursing, and the school of occupational therapy, on self-help groups. We are invited to the school of medicine, to the school of nursing, and to the school of occupational health, but it is usually in the third year of medicine because they are doctors who are going out into the community tomorrow. "Come on down and tell us what you know about self-help. You have half an hour."

I think it would be nice if the doctors heard earlier, before they put on their caps and gowns, that there is an important resource in the community. One of my missions is to get into academia to talk about the benefits, limitations and fears that professionals have about self-help, because it is a critical component for learning.

The Chairman: Thank you. We will have a number of questions for you later.

Next, we have Andy Cox. Because Mr. Cox spoke to us on Friday, we had a special one-full-day session in Ottawa on children's mental health, and Mr. Cox was kind enough to come from here. We literally had people from coast to coast, and Senator Cook, Senator Cochrane and I were there. I have suggested to Mr. Cox that he not do the opening statement because he did his presentation last Friday, but that he explain to at least our other two colleagues who were not there what his background is and what he is currently doing so that they will know where to target the questions.

Encore une fois, les groupes d'entraide peuvent nous aider à rester en santé. Sénateurs, comme je me plais à le dire à mes amis et collègues, si vous avez un problème de santé, adressez-vous à un groupe d'entraide. Vous allez être bien renseigné, car les membres de ces groupes sont des accros de l'information. Ils passent leur temps à naviguer sur le Net en vue de trouver des renseignements sur la façon de se soigner et de guérir. Les groupes d'entraide fournissent un soutien psychologique et des conseils pratiques. Ce sont des motivateurs. Ils disent, « Si je l'ai fait, vous pouvez le faire aussi. » Que peut-on faire d'autre quand on est désespéré? Ce genre d'aide ne se trouve nulle part ailleurs.

Les groupes d'entraide peuvent contribuer à établir de meilleures relations de travail avec les professionnels de la santé. J'ai des collègues qui me disent, « Mon Dieu, mon rôle est d'aider le patient. Il a besoin de moi, mais je n'ai pas le temps de rester-là à lui tenir la main. » Je leur réponds, « Eh bien, dirigez-le vers un groupe d'entraide. Ces gens-là savent comment s'y prendre. »

Les professionnels doivent apprendre à diriger les gens vers les services de soutien appropriés. Si une personne ne trouve pas le soutien dont elle a besoin auprès du groupe d'entraide, elle va tout simplement cesser de le fréquenter. Encore une fois, c'est une ressource très importante. Comment pouvons-nous conjuguer jour et nuit avec une maladie mentale? N'est-il pas normal de parler à des personnes qui vivent la même situation? Je trouve que ça l'est.

J'estime qu'il existe de sérieuses lacunes au chapitre de la formation professionnelle. J'aimerais que les écoles de médecine, de sciences infirmières, d'ergothérapie offrent des cours sur les groupes d'entraide. Ces écoles nous invitent à donner des conférences sur le sujet, mais habituellement, elles le font lorsque les étudiants en sont à leur troisième année d'études, parce qu'ils vont, dès demain, commencer à travailler au sein de la communauté. « Venez nous parler des groupes d'entraide. Vous avez une demi-heure pour le faire. »

Il serait bien que les médecins entendent parler plus tôt, c'est-à-dire avant qu'ils ne commencent à pratiquer leur métier, de l'existence de cette ressource précieuse. Mon rôle consiste, entre autres, à rencontrer les universitaires pour discuter avec eux des avantages que présentent les groupes d'entraide, des réserves et des craintes qu'ont les professionnels à leur égard, car c'est-là un volet important de leur apprentissage.

Le président : Merci. Nous aurons plusieurs questions à vous poser, plus tard.

Nous allons maintenant entendre Andy Cox, que nous avons déjà rencontré vendredi, lors de la réunion spéciale d'un jour que nous avons tenue à Ottawa, sur la santé mentale des enfants. Il a accepté volontiers de revenir. Il y avait, à cette réunion, des représentants de toutes les régions. En ce qui nous concerne, nous étions trois : le sénateur Cook, le sénateur Cochrane et moi. J'ai dit à M. Cox qu'il n'avait pas à nous présenter un exposé, puisqu'il l'avait déjà fait vendredi dernier. Je lui ai toutefois demandé de nous parler de ses antécédents et de ce qu'il fait actuellement pour que nos deux collègues qui n'étaient pas là sachent quelles questions lui poser.

Mr. Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate, IWK Health Centre: Senators, I work with the mental health programs at our children's hospital, the IWK Health Centre. My role is Mental Health Advocate, in three components. One, I educate and intervene around rights of the youth. Two, I help them follow up in the community and help them with community resources. Three — I had a lot of points on Friday but my main point and pretty much what Ms. Bayers said — is peer support. As a consumer myself with bipolar disorder, when appropriate I sometimes mention to youth who are new to mental health, scared and do not think they will ever get better, that I have bipolar as well. Often there is relief from that person or the family. They feel as if they will get well and that they will be able to live a normal life.

The Chairman: Ms. Bayers, roughly what is your annual budget, just ballpark?

Dr. Bayers: The annual budget — hold your hat, Senator Kirby — for the Self-Help Connection has been \$120,000 a year since 1987.

The Chairman: Is that province-wide?

Dr. Bayers: That is province-wide.

The Chairman: How many people are employed there part-time or full-time?

Dr. Bayers: There are two full-time staff members; myself and my program manager, Sotiria Tsirigotis. We have a budget of \$193,000 province-wide for our Consumer Initiative Centre, and that has four employees: a health educator, a personal development worker, an employee entrepreneurial coordinator, and our peer specialist, Roy Muise.

The Chairman: Many of the people who provide the self-help are purely volunteers, is that correct?

Dr. Bayers: We look upon self-help groups as being a group of volunteers who are using self-help as a resource to get together to help each other. It is easy for us to provide them with in-kind resources. For instance, last night I did a three-hour workshop for people who self-harm and there were professional colleagues there. We go anywhere within our travel budget to provide, for free, leadership and maintenance costs to self-help groups. We do not have a lot of resources to be pro-active so really, self-helpers are providing "a free resource." Often groups will traditionally pass the hat or they can come to us for help with a brochure or materials.

The Chairman: Typically, it sounds to me as if most of the assistance that you have helped generate and make possible, is provided largely by the people who are volunteering their time to help their fellow consumers.

Dr. Bayers: That is true.

M. Andy Cox, utilisateur et partisan des soins de santé mentale, Centre de santé IWK : Sénateurs, je m'occupe des programmes de santé mentale au Centre de santé IWK, qui est un hôpital pour enfants. Mon rôle consiste à promouvoir les soins de santé mentale. Il comporte trois volets : premièrement, renseigner les jeunes sur leurs droits et défendre leurs intérêts. Deuxièmement, aider les jeunes à se familiariser avec les ressources qu'offre la communauté. Troisièmement — j'avais abordé plusieurs points, vendredi, mais le principal, et Mme Bayers en a parlé, est le suivant — encourager le soutien par les pairs. Comme je suis un utilisateur des soins de santé mentale, je n'hésite pas à dire aux jeunes qui souffrent d'une maladie mentale, qui ont peur et qui ne pensent pas pouvoir en guérir, que je suis moi-même atteint d'une maladie affective bipolaire. Souvent, la personne ou la famille se sent soulagée. Elle a l'impression qu'elle va pouvoir guérir et mener une vie normale.

Le président : Madame Bayers, à combien s'élève votre budget annuel, grosso modo?

La Dre Bayers : Depuis 1987, le budget annuel — tenez-vous bien, sénateur Kirby — du groupe Self-Health Connection est de 120 000 \$.

Le président : Pour l'ensemble de la province?

La Dre Bayers : Oui.

Le président : Combien d'employés à temps partiel ou à temps plein comptez-vous?

La Dre Bayers : Nous avons deux employés à temps plein, moi-même et le responsable des programmes, Sotiria Tsirigotis. Le Consumer Initiative Centre dispose d'un budget de 193 000 \$ pour l'ensemble de la province. Il compte quatre employés : un éducateur en matière de santé, un spécialiste du développement personnel, un coordonnateur des activités entrepreneuriales et un spécialiste du soutien par les pairs, Roy Muise.

Le président : Bon nombre des personnes qui fournissent des services d'entraide sont des bénévoles, n'est-ce pas?

La Dre Bayers : Les groupes d'entraide sont composés de bénévoles qui ont recours à l'entraide pour se soutenir mutuellement. Il est facile pour nous de leur fournir des ressources en nature. Par exemple, hier soir, j'ai organisé un atelier de trois heures à l'intention de personnes qui ont des tendances autodestructrices. Certains de mes collègues y étaient. Nous nous déplaçons, dans les limites de notre budget, dans le but d'offrir une formation et des services de soutien, le tout gratuitement, aux groupes d'entraide. Comme nos ressources sont modestes, nous ne pouvons être proactifs. Les groupes d'entraide constituent donc une « ressource gratuite ». Souvent, ils recueillent des fonds ou communiquent avec nous quand ils ont besoin d'aide pour produire une brochure ou obtenir du matériel.

Le président : J'ai l'impression que l'aide que vous contribuez à générer est fournie, dans une large mesure, par les personnes qui donnent de leur temps pour aider leurs confrères.

La Dre Bayers : C'est exact.

The Chairman: Otherwise you could not possibly do what you do for that kind of budget, right?

Dr. Bayers: That is true.

The Chairman: I had always wanted to ask an organization such as yours what it costs and the answer is, relative to the cost of health care or criminal justice, it is peanuts, frankly.

Dr. Bayers: I like that word, peanuts. It has a very cost-effective multiplier effect. As an example, let me use grade 6 math. If there are 500 self-help groups and each self-help group keeps two people out of the hospital for a couple of days, we are already up to a savings of about \$3 million since it costs \$1500 a day to keep a person in the hospital. I have great confidence that groups do that. Our own Canadian Mental Health Association, our Ontario Mental Health Association, and the American Mental Health Association recognize self-help in the literature as a cost-effective mechanism for helping people recover from mental illness.

I would like to say about Mr. Cox, since he did not use his air time, that he first started his job in this field as a youth worker for the Self-Help Connection, for an important project called YouthNet. One of our challenges is sustaining the very creative projects we have. Andy is a wonderful man, a formidable and compassionate advocate for youth, and we are proud that he started his career in the Self-Help Connection.

The Chairman: Mr. Bishop, you referred to a staff research paper that was done in May of 2001, which reviewed a number of studies. I assume it is not a public paper but even if it is not, could we have a copy because I think it would be useful? The author says it is okay, so I guess it is okay.

Also in your submission, you referred to a document that says: According to a Department of Justice survey and report, every incarcerated person in Nova Scotia has reported a level of distress that would warrant clinical connection.

We do not need the published report, but I would love to see that document. Again, I notice it is okay with the author, so that is good too.

Finally, I read your description of the role of the Department of Community Services, the Department of Children and Family Services and the Department of Health and I was totally confused. I do not mean because of what you wrote; I think the system is confusing. If a child — and let us assume for a minute they are under 16 — has a mental health problem, who is mandated to do what? Then, does it go to the Department of Health — Andy, you may want to chime in on this — and the Department of Health then decides it is merely a behavioural disturbance and, therefore, not warranting care by the health care system? Can you describe to me how all that mess works together?

Le président : Autrement, vous ne pourriez pas faire ce que vous faites avec un budget pareil, n'est-ce pas?

La Dre Bayers : C'est vrai.

Le président : J'ai toujours voulu savoir ce qu'un organisme comme le vôtre coûte. Quand on compare vos coûts à ceux du régime de soins de santé ou du système de justice pénale, on constate qu'ils sont, franchement, très peu élevés.

La Dre Bayers : C'est vrai. Cela a un effet multiplicateur, et il suffit d'un simple calcul pour s'en rendre compte. Par exemple, si nous avons 500 groupes d'entraide et que chacun d'entre eux aide deux personnes à éviter l'hospitalisation pendant deux ou trois jours, nous arrivons très vite à des économies d'environ 3 millions de dollars, puisqu'il en coûte 1 500 \$ par jour pour garder une personne à l'hôpital. Je suis convaincue que ces groupes nous permettent de réaliser des économies. L'Association canadienne pour la santé mentale, la division de l'Ontario de l'Association et l'American Health Association jugent que les groupes d'entraide sont efficaces et qu'ils aident les gens atteints d'une maladie mentale à guérir.

Concernant M. Cox, je tiens à dire, comme il n'a pas utilisé tout son temps de parole, qu'il a d'abord commencé à travailler pour le Self-Help Connection comme intervenant auprès des jeunes, dans le cadre d'un projet important appelé YouthNet. Nous essayons de maintenir les projets innovateurs que nous mettons en place. Andy est un homme merveilleux, un défenseur formidable et passionné des droits des jeunes. Nous sommes fiers du fait qu'il a débuté sa carrière chez nous.

Le président : Monsieur Bishop, vous avez parlé d'un document qu'a préparé le service de recherche en mai 2001, et qui passait en revue un certain nombre d'études. Je présume que ce n'est pas un document public. Pourrions-nous toutefois en avoir une copie? Je pense qu'il nous serait utile. L'auteur est d'accord.

Par ailleurs, vous faites allusion, dans votre exposé, à un document dans lequel on affirme que, d'après un sondage et un rapport du ministère de la Justice, toutes les personnes incarcérées en Nouvelle-Écosse affichent un niveau de détresse qui exige un traitement spécialisé.

Nous n'avons pas besoin du rapport, mais j'aimerais bien voir ce document. Encore une fois, l'auteur est d'accord.

Enfin, vous nous avez fourni une description du rôle du ministère des Services communautaires, du ministère des Services aux enfants et à la famille et du ministère de la Santé. Je nage en pleine confusion, pas à cause de ce que vous avez écrit, mais à cause du système qui est lui-même confus. Lorsqu'un enfant — supposons qu'il a moins de 16 ans — souffre d'un problème de santé mentale, qui se charge de faire quoi? Ensuite, est-ce que le dossier est transféré au ministère de la Santé — Andy, vous avez peut-être quelque chose à dire à ce sujet —, qui, lui, décide que l'enfant est uniquement atteint d'un trouble du comportement et qu'il n'a pas besoin d'être pris en charge par le système de soins

There are obviously gaps, I can tell from the way it has been written. Where are the gaps?

Mr. Bishop: To be frank, the lady sitting behind me probably could answer that question better and in more detail than I can.

Ms. Christine Brennan, Supervisor of Youth and Senior Services, Office of the Ombudsman of Nova Scotia: Senators, it has been our experience with the youth and senior services side of our office that a lot of the youth we deal with come through the justice setting; Waterville, for instance. We have noticed that they have presented with deviant behaviour; that is why they are in the justice field. However, generally the youth that we see are also in care of the province under the realm of the Department of Community Services. When we try to figure out who ultimately is responsible for providing treatment and services, we go to the social worker, therefore, the Department of Community Services, and they say, "Really, that is a mental health issue. We will send them to the Department of Mental Health." Health says, "No, that is more of a behavioural problem, which should be dealt with by Community Services."

Both of them recognize there is a problem but they keep sending the youth back and forth between the departments. Justice seems to do the best they can with the services available, but there is that interchange and that back and forth in the system. The youth do not really know where to go so it is up to the service providers to decide who would be the most appropriate.

The Chairman: Is it fair to say that in that situation the Justice Department or the jail system becomes the catch-all because they are the one place that cannot turn people away?

Ms. Brennan: That is very much so. We notice a lot of that.

The Chairman: That is an outrageous statement, but that is the reality, it seems to me.

Ms. Brennan: Part of the paper that is referred to in our discussion points was — I was Professor Kaiser's student in law school so it is ironic — one of the problems we noticed under the Young Offenders Act was that a lot of the youth were being remanded for assessments because of the service in the general public. The lineups and waiting lists were too long and the services were inadequate to provide assessments and treatment options. I noticed that was a problem, that the Department of Justice was being used to capture the mental health issues that should be captured by the Department of Health. With the new Youth Criminal Justice Act, you have to be convicted of a presumptive offence to receive federal funding for mental health services. It made a 180-degree turn. Although we did not like how the Department of Justice was being used to administer mental health services, the Department of Health and the Department of Justice dropped the ball in providing supplemental services for the

santé? Pouvez-vous me dire comment vous arrivez à faire la part des choses? Il existe manifestement des lacunes, si je me fie à ce qui est écrit ici. Où se trouvent les lacunes?

M. Bishop : Pour être franc avec vous, la dame qui est assise derrière moi est probablement mieux placée que moi pour répondre à la question.

Mme Christine Brennan, superviseur, Services aux enfants et aux aînés, Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse : Sénateurs, ce que nous constatons dans notre service, c'est que bon nombre des jeunes que nous rencontrons ont vécu en milieu carcéral; mentionnons, par exemple, Waterville. Ils affichent un comportement déviant et c'est pour cette raison qu'ils ont des démêlés avec la justice. Toutefois, dans l'ensemble, les jeunes que nous voyons sont pris en charge par le ministère des Services communautaires de la province. Quand nous essayons de déterminer qui, au bout du compte, est chargé de leur fournir des soins et des services, nous nous adressons au travailleur social, c'est-à-dire au ministère des Services communautaires qui, lui, nous dit, « En fait, comme il s'agit d'un cas de santé mentale, nous allons le transférer au ministère de la Santé mentale. » Ce dernier répond, « Non, il s'agit plutôt d'un cas de trouble de comportement. Le dossier devrait être confié aux Services communautaires. »

Tous les deux reconnaissent l'existence du problème, mais ils continuent de renvoyer le jeune d'un ministère à l'autre. Le ministère de la Justice semble se débrouiller du mieux qu'il peut avec les services qui existent, mais tous se renvoient la balle. Les jeunes ne savent pas vraiment où aller. Il revient aux fournisseurs de services de décider qui est le mieux placé pour les prendre en charge.

Le président : Est-il juste alors de dire que le ministère de la Justice ou l'établissement d'incarcération constitue une sorte de fourre-tout, parce que c'est le seul endroit qui ne peut refuser les jeunes?

Mme Brennan : Oui. C'est ce que nous constatons.

Le président : C'est aberrant, mais c'est là la réalité.

Mme Brennan : Comme nous l'indiquons dans notre document de travail — et je trouve cela ironique, car j'étais une des étudiantes du professeur Kaiser à la faculté de droit —, de nombreux jeunes, en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants, étaient gardés en détention aux fins d'évaluation en raison de la piètre qualité des services offerts au public. Les files et les listes d'attente étaient trop longues et nous ne pouvions compter sur les services existants pour procéder à des évaluations, proposer des options de traitement. C'était un problème, car on transférait au ministère de la Justice les cas de santé mentale qui relevaient de la responsabilité du ministère de la Santé. En vertu de la nouvelle Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, vous devez être accusé d'avoir commis une infraction présumptive pour pouvoir recevoir une aide du fédéral et avoir accès à des services de santé mentale. C'est un virage à 180 degrés. Même si nous n'aimions pas le fait qu'on se servait du ministère de la Justice

youth that are no longer being remanded or sentenced to correctional facilities.

The Chairman: Under the new Youth and Criminal Justice Act, if you are not sentenced to jail, if you are not given jail time or time in some facility, then nobody helps you? You fall completely between the cracks and you are back out on your own to do it again?

Ms. Brennan: Essentially, that is the case.

The Chairman: Is that a fair statement?

Ms. Brennan: From the youth that we deal with in our office, I would say yes, essentially.

The Chairman: I should tell you a quote and we will send it to you because it is a quote you can use. Ontario has a mental health court at the Supreme Court level. It is part of the Trial Division, but there are three judges — it is the only one in the Western world — and if they conclude that an individual has a mental health problem then they refer the case to this particular group of judges who are helped by particular psychiatrists. We had the Chief Justice of that group make the following statement to us. He said that the real gold card — as in gold credit card — to getting mental health treatment in this country is to commit a crime, be told that you are not mentally competent to stand trial, and under that circumstance and that circumstance alone, you will get the best treatment possible.

This statement comes from a judge, and a judge who only deals with mental health cases, so obviously a knowledgeable individual. You are corroborating exactly the same thing from a different perspective.

Ms. Brennan: Yes, because previously we did not like the fact that youth had to go to Waterville to get the proper assessment, to be flagged for proper treatment, or to be diagnosed with a mental health or addiction issue. While the intent of the Youth Criminal Justice Act is noble, there does not seem to be community placements or services to provide for the fall-out from the youth that normally would have been captured by the young offender facilities.

The Chairman: If we look amazed at the outrageousness of the situation it is only because, frankly, none of us knew about it until we got into this subject a couple of years ago. Mr. Cox related to that.

The other gap that we have been told about — again, anyone should comment on this — is that children's legislation typically covers 16 and under. It may be different in Nova Scotia but generally. Adult legislation covers 19 and over. We know that at least in some provinces, because we have the evidence on the record — Ontario and Alberta are examples — if you are 17 or 18 you cannot get help. The children's system will not take care of

pour administrer les services de santé mentale, le ministère de la Santé et le ministère de la Justice ne fournissent plus de services complémentaires aux jeunes qui ne sont plus gardés en détention ou envoyés dans des établissements correctionnels.

Le président : En vertu de la nouvelle Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, si vous n'êtes pas condamné à la prison, si vous n'êtes pas incarcéré dans un établissement, vous n'avez personne pour vous aider? Vous tombez entre les mailles du filet, vous vous retrouvez seul, prêt à récidiver?

Mme Brennan : Oui.

Le président : J'ai bien résumé la situation?

Mme Brennan : Si je me fie aux jeunes que nous rencontrons dans notre bureau, je dirais que oui, vous avez bien résumé la situation.

Le président : J'ai ici une citation que je vais vous faire parvenir parce qu'elle peut vous être utile. Il existe, en Ontario, un tribunal de la santé mentale qui relève de la Cour suprême. Il fait partie de la Section de première instance et compte trois juges — c'est le seul tribunal de ce genre dans le monde occidental. Lorsqu'une personne est considérée comme étant atteinte d'un problème de santé mentale, son cas est renvoyé à ce groupe particulier de juges qui, eux, sont épaulés par des psychiatres. Le juge en chef du groupe a déclaré que la seule façon qu'une personne peut obtenir des soins de santé mentale au Canada, c'est en commettant un crime, en se faisant dire qu'elle n'est pas mentalement apte à subir un procès. C'est dans cette seule et unique circonstance qu'elle pourra obtenir les meilleurs soins possibles.

Cette déclaration vient d'un juge qui ne s'occupe que des cas de santé mentale et qui est donc bien informé. Vous dites exactement la même chose, mais en adoptant un angle différent.

Mme Brennan : Oui, parce que nous n'aimions pas le fait que les jeunes, dans le passé, devaient se rendre à Waterville pour obtenir une évaluation adéquate, recevoir des soins appropriés ou être diagnostiqués comme souffrant d'une maladie mentale ou d'un problème de dépendance. Bien que l'objectif de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents soit louable, il ne semble pas y avoir d'établissements ou de centres communautaires qui sont en mesure d'accueillir les jeunes qui, normalement, auraient dû être pris en charge par les institutions pour jeunes délinquants.

Le président : Si nous trouvons cette situation aberrante, c'est parce que, franchement, personne d'entre nous n'en connaissait l'existence avant qu'on ne soit saisi du dossier, il y a deux ou trois ans de cela. M. Cox en a d'ailleurs parlé.

L'autre problème — et encore une fois, je m'adresse à tous les témoins —, c'est que les lois qui s'appliquent aux enfants visent les personnes âgées de moins de 16 ans. C'est peut-être différent en Nouvelle-Écosse. Les lois qui s'appliquent aux adultes visent les personnes âgées de 19 ans et plus. Nous savons que dans certaines provinces, à tout le moins, parce que nous en avons des preuves — l'Ontario et l'Alberta par exemple —, vous ne pouvez

you because you are not a child, and the adult system will not take care of you because you are not an adult.

The reason it happened is easy to understand, as a legislator. In the old days, children were defined to be 18 and under, right? It was only when they moved the age of the child for driver's licences and all kinds of stuff from 18 to 16 that they forgot that this change had implications elsewhere in the system, and so the gap opened up. I know it is not quite as stupid as it sounds, except that it should have been fixed. First, does that kind of problem happen? Second, when we are looking at our recommendations, how do we draw the line? At what point — give us advice — do we say this ought to be looked at as a children's mental health problem and this ought to be looked at as an adult? How do we deal with that problem?

Mr. Cox: For the first part, I will explain by giving an example. We have a young fellow who is 18 on our inpatient unit. He has been there since October. He does not have a mental illness, or any mental health issues. Community services would not house this young man. He came to the ER at the IWK, was admitted, and we have been fighting to find him a place to live. We have three or four cases like that on our inpatient list.

The Chairman: Why was he admitted if he did not have a problem?

Mr. Cox: Community Services gave up on him. He is blind.

The Chairman: You gave him a bed in a hospital because the Department of Community Services, to use your words, gave up on him?

Mr. Cox: Yes, and we have been fighting it, appealing it.

The Chairman: He is occupying a hospital bed because there is nowhere else to go and yet he is not sick?

Mr. Cox: No, he is not.

The Chairman: He has not committed a crime?

Mr. Cox: No, he has not.

The Chairman: You understand how, to ordinary people, this sounds like...

Mr. Cox: That is not rare.

The Chairman: This is not totally unique?

Mr. Cox: No, it is not.

Ms. Brennan: Actually, you have to understand that under the Children and Family Services Act in our province, it says the minister, until the age of 15, shall provide services, and between 16 and 18 the minister may provide services. "Shall" has been legislatively interpreted to be "you have to." We have noticed a service gap for those youth aged 16 to 17 because the act says the minister "may." Generally, a lot of the youth that need those

obtenir de l'aide si vous avez 17 ou 18 ans. Le système pour enfants ne peut vous prendre en charge parce que vous n'êtes pas un enfant, et le système pour adultes ne peut vous prendre en charge parce que vous n'êtes pas un adulte.

Il n'est pas difficile, en tant que législateur, de comprendre le pourquoi de cette situation. Dans le passé, un enfant s'entendait de toute personne âgée de moins de 18 ans. Quand on a décidé d'abaisser de 18 à 16 ans l'âge auquel un jeune peut obtenir un permis de conduire, on a oublié de tenir compte des répercussions que ce changement pourrait entraîner ailleurs dans le système. C'est moins ridicule qu'il n'y paraît, mais il aurait fallu s'attaquer à cette question. D'abord, s'agit-il d'un problème bien réel? Ensuite, où devons-nous tirer la ligne dans nos recommandations? À quel moment — nous voulons avoir votre avis — devons-nous dire que tel cas est un problème de santé mentale qui affecte un enfant, et que tel autre cas est un problème qui affecte un adulte? Comment venir à bout de ce problème?

M. Cox : D'abord, permettez-moi de vous donner un exemple. Nous avons un jeune de 18 ans dans notre unité des malades hospitalisés. Il s'y trouve depuis octobre. Il n'est atteint d'aucune maladie et ne souffre d'aucun problème mental. Les services communautaires ne pouvaient l'accueillir. Il s'est présenté à l'urgence de l'IWK et a été admis à l'hôpital. Nous essayons, depuis, de lui trouver un endroit où vivre. Nous avons trois ou quatre cas de ce genre sur notre liste.

Le président : Pourquoi a-t-il été admis s'il n'avait rien?

M. Cox : Les Services communautaires ne pouvaient pas l'aider. Il est aveugle.

Le président : Vous lui avez donné un lit dans un hôpital parce que le ministère des Services communautaires, pour reprendre vos mots, ne pouvait l'aider?

M. Cox : Oui, et nous essayons, depuis, de nous battre, de porter l'affaire en appel.

Le président : Il occupe un lit d'hôpital parce qu'il n'a pas d'autre endroit où aller? Il n'est pas malade?

M. Cox : Non, il ne l'est pas.

Le président : Il n'a pas commis de crime?

M. Cox : Non.

Le président : Vous comprenez pourquoi cela ressemble, pour le simple citoyen, à...

M. Cox : Les cas de ce genre ne sont pas rares.

Le président : Ce n'est pas un cas unique?

M. Cox : Non.

Mme Brennan : Ce qu'il faut comprendre, c'est que la Loi sur les services à l'enfant et à la famille dispose que le ministre doit offrir des services aux enfants âgés de 15 ans et moins. Dans le cas des jeunes âgés entre 16 et 18 ans, il peut leur en offrir, mais à sa discrétion. Le mot « doit » est considéré comme une obligation. Il existe des lacunes au niveau des services offerts aux jeunes âgés de 16 et 17 ans, parce que la loi dit que le ministre peut, à sa

types of services do not follow case plans that are set for them so they are problem youth. It is easier to terminate a care agreement or not provide those services, which is problematic because the youth that need the services are not getting them because of their problem behaviour.

The Chairman: Typically, do they end up in jail? That is what happens, right?

Ms. Brennan: Unfortunately, that is where we see the youth because that behaviour manifests itself in criminal activity, or not even necessarily criminal activity. They have been charged, to be able to access those services. We have also encountered parents who have children that are younger and the parents recognize that the children need addiction or mental health services. However, the parents come from economically challenged backgrounds. To access a lot of those gold card services, they sign over their parental rights to the Department of Community Services so the youth is in the care of the province and the province is mandated to provide services.

The Chairman: If you turn over your 13-year-old child to the custody of the government, provided you sign the right papers, then the government is mandated to provide services that you could not afford to provide on your own?

Ms. Brennan: That is right.

The Chairman: Under those circumstances, does the child continue to live at home?

Ms. Brennan: Yes, they can be placed back at home depending on the nature of the behavioural problems.

If a parent recognizes, perhaps, that a child is severely depressed, but the depression is not really presenting itself as problem behaviour to society or violent behaviour, then essentially it is more of a paper transaction. You sign over your parental rights and then the youth comes back to live with you. You can access those services, jump those long waiting lines or find a bed in the IWK; those sorts of instances.

The Chairman: Sorry, Mr. Cox, we were sidetracked. That tells me about the gap. Do you want to come back to my other question? How do we deal with the issue of the difference between adult and child, and where should the dividing line be?

Mr. Cox: A couple of years ago there was a small change, and it has not improved. The IWK takes patients up to age 16, except for the mental health program. In this program, they extended it to 19 because of this transition, but the transition stage is still a problem. In my experience, when I was 19 the psychiatrist thought that I should be in the hospital at that time but would not put me in the hospital because I could not get into the IWK. He thought it would be detrimental to my health if I was put into the adult system, which is what you are saying. One thing we try to work with in the adult system is a little bit of leeway. Sometimes we have a 19-year old who, before he turns 19, they want to put him in the adult system. We will hang on for a few months if that person needs hospitalization. Other than a little bit of leeway I do

discretion, leur en offrir. En règle générale, les nombreux jeunes qui ont besoin de services de ce genre ne respectent pas les plans d'intervention qui sont établis à leur intention et deviennent des jeunes à problème. Il est plus facile de mettre fin à une entente de soins ou de ne pas fournir de services, ce qui complique les choses, car les jeunes qui ont besoin de ces services ne peuvent y avoir accès parce qu'ils ont un problème de comportement.

Le président : En général, finissent-ils en prison? C'est ce qui arrive, n'est-ce pas?

Mme Brennan : Malheureusement, c'est là que nous les retrouvons parce qu'ils ont un comportement criminel, ou même pas. Ils ont été accusés pour pouvoir avoir accès aux services. Il y a aussi des enfants plus jeunes qui ont besoin de soins en raison de problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, de l'aveu même de leurs parents; toutefois, comme ils viennent de milieux défavorisés, ils cèdent leurs droits parentaux au ministère des Services communautaires pour que leurs enfants puissent obtenir les services qu'il leur faut.

Le président : Si vous confiez votre enfant de 13 ans aux soins du gouvernement, en signant les bons papiers, celui-ci est obligé de fournir les services que vous n'auriez pas vous-mêmes les moyens de lui offrir?

Mme Brennan : C'est exact.

Le président : Dans ces circonstances, les enfants continuent-ils de vivre à la maison?

Mme Brennan : Oui, ils peuvent être renvoyés chez eux, selon la nature des problèmes de comportement.

Si un parent admet que son enfant souffre d'une dépression sévère, mais qu'il n'a pas un comportement nuisible ou violent, c'est plutôt une question de formalités. Vous cédez vos droits parentaux et l'enfant peut revenir vivre avec vous. Vous pouvez avoir accès à ces services, court-circuiter les longues listes d'attente et obtenir un lit à l'hôpital IWK.

Le président : Désolé, monsieur Cox, nous nous sommes éloignés du sujet. Je comprends mieux le problème. Voulez-vous revenir à mon autre question? Comment régler la question de la différence entre les adultes et les enfants, et où devrait-on tirer la ligne?

M. Cox : Il y a eu un léger changement il y a quelques années qui n'a pas amélioré les choses. L'hôpital IWK accepte des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, sauf dans le cas du programme de santé mentale. Dans ce cas, on les accepte jusqu'à l'âge de 19 ans en raison de la transition, mais le problème se pose toujours. Quand moi j'avais 19 ans, le psychiatre voulait que je sois hospitalisé mais, comme je ne pouvais pas être admis à l'hôpital IWK, il ne m'a pas envoyé à l'hôpital jugeant que ce serait néfaste pour ma santé de me retrouver dans le système des adultes, comme vous dites. On voudrait que le système pour adultes offre un peu de marge de manœuvre. Quand on veut qu'un jeune qui est sur le point d'avoir 19 ans soit traité comme un adulte, on attend quelques mois s'il a besoin d'être hospitalisé. Autrement, je ne sais

not know how to deal with this age group unless there was a middle age — up to 16 and then a new age range. Our support program in Halifax is at Laing House, and their age range is from 16 to 25. That would be a good range.

The Chairman: We were told in one of the provinces that they do not have adolescents. They have children, youth and adults. The youth are between 16 and 24. The real answer is, it is a huge problem?

Dr. Bayers: To address what you asked about gaps, Senator Kirby, I wonder even if I need to make the point that this is ageism to deprive a certain group of services. However, I am worried about the whole “medicalization” of personal growth and how people are in the world. For instance, eating disorders is a serious issue for youth and adults. The executive director of the Eating Disorders Action Group is here in the audience and Mr. Cox is a board member. The group is trying to provide peer support groups over the Internet and face-to-face. Again, we find females, especially, but more and more males coming into these groups because of the socially constructed ideas of body image and so on. Here is where we could do preventative and promotional work. I had a colleague in the eating disorder group that went to a Grade 4 class and she was talking about purging. A child came up and said, “Oh, I am on a diet and I do that and I did not know it was called purging and I did not know it was harmful.” This is sad.

The whole issue around youth, how they speak themselves into the world as proud, healthy people, what kind of supports they need, and the peer support model during National Eating Disorders Week, for instance, these are things I see as gaps. It is hard for us too to try to hook up youth to self-help groups because do you send a 14-year-old to a group without their parent's permission. It is very problematic.

I am concerned with the “medicalization” of what some may consider to be personal growth and growing problems or finding your way in the world. I am concerned with the criminalization of mental health problems. I share concerns with my colleagues on that. Again, being solution-focused, there are community-based NGOs that have targeted programs for specific issues in this system.

I applaud my colleagues teaching in a system that has personal development classes.

Mr. Cox, I do not know if you have been invited into the schools to speak, but I know my colleague, Mr. Muise, and other people have gone into the schools to talk to children. We did research, asking children, “Who do you want to hear from about eating disorders: a psychiatrist, a social worker or a person who is living with an eating disorder?” Surprise, surprise, over 90 per cent wanted to hear from a person who was living with eating disorders.

The Chairman: Of course, that is not a surprise.

trop quoi faire avec les jeunes de cet âge, à moins de créer un nouveau groupe d'âge. Le programme de soutien à Halifax est offert par la Laing House, qui reçoit des jeunes de 16 à 25 ans, ce qui est une tranche d'âge intéressante.

Le président : Dans une province, on nous a dit qu'il n'y avait pas d'adolescents, seulement des enfants, des jeunes et des adultes, et les jeunes ont entre 16 et 24 ans. C'est vraiment un grave problème, non?

La Dre Bayers : Pour revenir à votre question sur les lacunes dans les services, sénateur Kirby, je me demande même si j'ai besoin de signaler que c'est de l'âgisme que de refuser des services à des gens qui appartiennent à un certain groupe d'âge. J'aimerais cependant signaler que toute la « médicalisation » de la croissance et de la vie des jeunes est un phénomène qui m'inquiète. Par exemple, les troubles de l'alimentation sont un fléau pour les jeunes et les adultes. Le directeur administratif du Eating Disorders Action Group est ici dans la salle, et M. Cox est membre de son conseil d'administration. Le groupe essaie d'offrir des programmes d'entraide sur Internet ou dans le cadre de rencontres personnelles. On accueille surtout des femmes dans ces groupes, mais il y a de plus en plus d'hommes en raison des préjugés véhiculés dans la société notamment sur l'image corporelle. Voilà un domaine où nous pourrions faire de la prévention. J'ai une collègue dans le groupe sur les troubles de l'alimentation qui est allée parler de purge à des élèves de 4^e année. Une élève est venue lui dire qu'elle était au régime et qu'elle se purgeait sans le savoir et sans savoir que c'était nocif. C'est triste.

Toute la perception que les jeunes ont d'eux-mêmes, l'aide dont ils ont besoin et les services d'entraide dont il est question durant la Semaine de sensibilisation aux troubles de l'alimentation font d'après moi l'objet de lacunes. C'est difficile pour nous d'essayer d'inscrire un jeune de 14 ans à un groupe d'entraide sans la permission de ses parents. C'est très délicat.

Je suis inquiète de la « médicalisation » de ce que est associé aux problèmes de croissance des jeunes qui cherchent leur place dans le monde. Je suis préoccupée par la criminalisation des problèmes de santé mentale. J'ai les mêmes inquiétudes que mes collègues à ce sujet. Il y a des ONG locales qui offrent des programmes pour répondre à des problèmes précis.

Je félicite mes collègues qui donnent des cours de développement personnel.

Monsieur Cox, je ne sais pas si vous avez été invité à le faire, mais M. Muise et d'autres sont allés dans les écoles s'adresser aux enfants. On a demandé aux élèves s'ils voulaient entendre parler des troubles de l'alimentation par un psychiatre, un travailleur social ou une personne qui a connu ce problème. Plus de 90 p. 100 d'entre eux préféreraient en entendre parler par quelqu'un qui souffrait de troubles de l'alimentation.

Le président : Évidemment, ce n'est pas surprenant.

Dr. Bayers: In terms of gaps, we tried. We had YouthNet, which the federal government supported. Here we were, a community-based organization with four youth workers who went into the schools, tried to hook up youth to service in the system, and after the federal funding ran out we could not get money to support that. Valiantly, our Department of Health gave us emergency money while we tried to find resources. We had four well-trained youth. Andy, if I am not wrong, the program did have some warts. It was not perfect and we were working on it, but it was a wonderful resource to have a pizza party and have people talk about their daily lives as teenagers and some of the challenges they faced at being in the world. Youth is a real gap. As for this business of 17 and 18, one time they opened up a mental health clinic next to a high school, which was a hop, skip and a jump away but the kids could not access it unless they were 19 years old. What is wrong with this picture? We have to get a lot smarter about helping people in that age group.

Mr. Bishop: One of the first ways to deal with it, on an interim basis, is to have the legislation say “shall” instead of “may.” However, that does not solve it. I may have been associated with some incidents of that nature and what troubled me — and I may have put it in my correspondence — is I think you have to look at it in terms of dealing with people and not processes. You do not look at what square they fit in. You say, “What can we do to help these people?” I believe society has an obligation to help, as there is a health issue involved. The bureaucracy needs to open up and take a broader outlook on how they deal with these things. I often found that you can solve things if you say, “How can we help?” as opposed to what square you fit in.

Senator Cochrane: Dr. Bayers, my background is education and within the education system, as you know, there has been an emphasis on saving dollars and balancing budgets. We have seen our school system cutbacks in physical education and all these aspects that could deal with the health of a child. You mentioned eating disorders and that is something dear to me because I have seen it within the classrooms. We deal with obesity, anorexia, attention deficit disorder, fetal alcohol syndrome, schizophrenia, and bullying. It makes me wonder if the eating habits of some of these disorders might be improved if we had a role for dietitians within our mental health care system, and within the school system. Do you think that would help?

Dr. Bayers: The school system can play an important role in teaching healthy eating, body image and so on. This is why it is important for non-government organizations, such as the Eating Disorders Action Group, to go into the schools, certainly for nutritionists. Some schools welcome those perspectives into the schools because teachers cannot be everything to everybody. I agree with the old stat that \$1 spent in kindergarten saves \$7 later.

The educational system can be an important partner with the mental health system to provide knowledge, skills and resources on how people can take action on healthy eating. I applaud the recent efforts of our own Department of Health to remove pop and chip machines from schools, and to have healthy eating in the

La Dre Bayers : Nous avons essayé de combler les lacunes. Nous avons mis en œuvre le programme Réseau ado, que le gouvernement fédéral a financé. Notre organisme communautaire comptait quatre jeunes travailleurs qui se rendaient dans les écoles pour faire connaître le service; quand l'aide fédérale a été épuisée, le ministère provincial de la santé nous a donné des fonds d'urgence pendant que nous tentions de trouver des ressources. Andy, si je ne m'abuse, le programme avait ses faiblesses. Il n'était pas parfait et nous voulions l'améliorer, mais il offrait aux jeunes une occasion extraordinaire de se réunir pour discuter de leur vie d'adolescent et des problèmes qu'ils éprouvent. Les jeunes cherchent vraiment leur place. Pour ce qui est des 17 et 18 ans, on a ouvert une clinique de santé mentale tout juste à côté d'une école secondaire, mais les jeunes devaient attendre d'avoir 19 ans pour en utiliser les services. Allez comprendre! Nous devons faire beaucoup mieux pour aider ceux qui sont dans ce groupe d'âge.

M. Bishop : Dans l'intervalle, on pourrait d'abord faire en sorte que la loi rende la prestation des services obligatoire, quoique cela ne règle pas le problème. J'ai pu être associé à des incidents de ce genre et ce qui me dérangeait — comme je l'ai dit dans ma lettre — c'est que nous avons affaire à des gens et non à des processus. Il ne s'agit pas de chercher où caser les gens, mais de trouver des moyens de les aider. Je crois que la société a l'obligation de leur venir en aide parce que c'est une question de santé. Les administrations doivent assouplir leurs règles et envisager les choses dans une perspective plus large. Je crois qu'on parvient souvent à trouver des solutions quand on se demande comment on peut aider les gens et non où les caser.

Le sénateur Cochrane : Madame Bayers, j'ai une formation en enseignement et, comme vous le savez, c'est un domaine où il est beaucoup question d'équilibre et de compressions budgétaires. On a réduit les ressources en éducation physique et dans tout ce qui touche à la santé des enfants. La question des troubles de l'alimentation dont vous avez parlé me tient à cœur parce que j'en ai été témoin dans les salles de classe. On y retrouve des cas d'obésité, d'anorexie, d'hyperactivité avec déficit de l'attention, de syndrome d'alcoolisme fœtal, de schizophrénie et d'intimidation. Je me demande si les habitudes alimentaires liées à ces troubles pourraient être corrigées si on faisait jouer un rôle aux diététistes dans les programmes de santé mentale et dans les écoles. Pensez-vous que ce serait utile?

La Dre Bayers : L'école peut jouer un rôle de premier plan pour ce qui est de la bonne alimentation, de l'image corporelle et le reste. C'est pourquoi il est important que les organisations non gouvernementales, comme le Eating Disorders Action Group, et les nutritionnistes, aillent dans les écoles. Certaines écoles accueillent favorablement des initiatives de ce genre parce que les enseignants ne peuvent pas tout faire. Je suis d'accord avec ceux qui disent qu'un dollar dépensé à la maternelle permet d'en épargner sept plus tard.

Le système d'enseignement peut s'associer aux services de santé mentale pour fournir connaissances, compétences et ressources afin d'aider les gens à mieux manger. Je félicite le ministère de la Santé de la province d'avoir retiré les distributeurs de boissons gazeuses et de chips des écoles pour offrir des aliments sains. Il est

schools. There is no question that dieticians and others can play a role. Teachers can play a role because teachers, whether they want to or not, are expected to step up to the plate and deal with some of those issues. If you have a hungry child in your class, or a child in any kind of pain, physical or psychic, the child is going to have problems with the context of learning. As a teacher, we would want to do everything we could to facilitate and provide the context.

Senator Cochrane: How do we get individuals to know where to access these services?

Mr. Bishop: If I understand your question, it is how could they?

Senator Cochrane: Yes, how do we get them to? What do we do to get them to know where the services are so they can access them and get help? So many people out there fall between the cracks. How do we get them into an area where they can get help?

Mr. Bishop: You must develop a confidence, on their part, in the providers in terms of where they can go. There are so many people there and that is why I mentioned earlier about the one in five. I think a lot of people are never treated; a lot of people never come forward. How do you reach them if they have no confidence, or if you do not develop a confidence with them? I think you need to be out in the communities. You need to reach out to them. Volunteer groups are wonderful for that. They are one of the greatest leverages for any service delivery you could find, and they have a lot of skill within the community. I do not think there is any magic answer. You have to start, first, by changing the attitude; second, by reaching out; and, third, you must focus a lot on prevention. Then that will grow up through the system.

Training is another issue. Are medical doctors trained to deal with this issue like a disease? I suspect that we all can benefit from more training. I heard about police officers. I recall when a lady approached me several times in my previous capacity, and wanted to give presentations on schizophrenics. Most police officers do not understand that. There is a huge level of training needed. Front-line people that deal with this, whether they are police, firefighters, general practitioners, social workers or volunteers who will reach the community, all these people need to have a certain level of training. Retired teachers are a huge resource. I believe that the volunteers are there. I was amazed that volunteerism in Atlantic Canada is going down, but in some organizations it is going up.

I was shy on money once and I hired 25 unpaid psychologists to work with us, old chaplains who were handpicked. They handled the Swiss Air tragedy, and they did this and that. They did all those things. A lot of them had training and they were good. Why, because they had credibility in the communities and they had credibility within the organizations. People would go to them, and they would dovetail with another 70 volunteers from the community. All of a sudden you are doing crisis interventions in fire departments and everywhere else. It is way better.

certain que les diététistes et d'autres ont un rôle à jouer. Les enseignants peuvent jouer un rôle parce que, qu'ils le veulent ou non, ils sont appelés à intervenir quand il y a des problèmes de cette nature. Un élève qui a faim ou qui souffre physiquement ou mentalement aura des problèmes d'apprentissage. L'enseignant voudra tout faire pour lui venir en aide.

Le sénateur Cochrane : Comment les gens entendent parler des services offerts?

M. Bishop : Vous demandez comment ils peuvent en entendre parler?

Le sénateur Cochrane : Oui, comment les informe-t-on? Comment les mettons-nous au courant des services auprès desquels ils peuvent demander de l'aide? Il y a tellement de gens qu'on n'arrive pas à joindre. Comment leur indique-t-on où aller chercher de l'aide?

M. Bishop : Il faut les amener à faire confiance à ceux qui peuvent leur apporter de l'aide. Il y a tellement de gens et c'est pourquoi j'ai fait allusion à la proportion de un sur cinq tout à l'heure. Beaucoup de gens ne sont jamais traités et ne se manifestent jamais. Comment peut-on les atteindre s'ils n'ont pas confiance ou si on ne leur inspire pas confiance? Il faut aller rencontrer les gens et établir le contact avec eux. Les groupes bénévoles le font de façon formidable. Leur contribution est remarquable à cet égard et ils savent communiquer avec les gens. Il n'y a pas de réponse magique. Il faut, premièrement, changer les attitudes, deuxièmement, aller à la rencontre des gens et, troisièmement, faire beaucoup de prévention. Ensuite, les choses vont se mettre en place.

La formation est un autre problème. Les médecins sont-ils formés pour traiter ce problème comme une maladie? Je pense que nous pouvons tous profiter d'une plus grande formation. Dans le cas des policiers, je me rappelle qu'une dame était venue me voir plusieurs fois quand j'occupais mes anciennes fonctions pour faire des exposés sur la schizophrénie que les policiers ont du mal à comprendre. On a besoin de beaucoup plus d'information. Les intervenants de première ligne qui sont aux prises avec ces problèmes, que ce soit les policiers, les pompiers, les médecins, les travailleurs sociaux ou les bénévoles communautaires, ont besoin d'en apprendre davantage. Les enseignants à la retraite peuvent beaucoup aider. Je crois qu'il y a des bénévoles prêts à collaborer. Il est surprenant que le bénévolat diminue dans le Canada Atlantique, parce qu'il augmente dans certaines organisations.

J'ai déjà manqué d'argent et j'ai recruté 25 psychologues bénévoles qui ont travaillé avec vous, d'anciens aumôniers triés sur le volet. Ils ont apporté leur contribution au moment de la tragédie de Swiss Air et ils ont rendu toutes sortes d'autres services. Beaucoup avaient une formation et étaient efficaces. Pourquoi? Parce que les gens leur faisaient confiance, tout comme les organisations. Les gens allaient les voir et ils se sont joints à 70 autres bénévoles. Tout à coup, vous pouvez offrir des services d'intervention d'urgence dans les casernes de pompiers et ailleurs. C'est beaucoup mieux.

When Ms. Bayers mentioned volunteerism, I think it is a hugely underestimated resource. You do not want to give them too much money; it takes that volunteer component out of it.

Mr. Cox: I see that as another huge gap. With all these valuable non-profit resources and volunteer resources, I find a system that does not trust these agencies; they pooh-poo these agencies and they are not being used. When I came to the IWK, the IWK did not know about any of these organizations. A lot of them were strictly youth and mental health organizations, and they did not have any trust. These non-profit organizations also were not getting enough funding so they, in turn, did not want to have anything to do with the system. It is understandable, but it is not a partnership. That partnership is a goal of mine.

The Chairman: How much of that is the instinct of professionals, in all professions, to not really like or trust amateurs, or not think amateurs are competent? Is that part of it?

Mr. Cox: I would say 90 per cent, yes.

The Chairman: Yes, in spite of all the evidence we have had, and we know this in the questionnaires we did and by what Mr. Muise told us yesterday, and what Ms. Bayers said this morning, that peer support or self-help groups are one of the biggest, most important things you can offer. Yet, the professionals are reluctant to recognize that, simply because self-help groups are not professional.

Mr. Cox: Yes, one positive thing though is, and you probably know that we are the first province to set standards for mental health, one of the new standards our Department of Health is setting is to improve the relationship between NGOs and the system. I see some hope there.

The Chairman: How are you doing that?

Mr. Cox: System people and non-profit community people are coming together to set a standard. Now we have to live up to that standard.

Senator Cochrane: Dr. Bayers, where is your self-help group set up? Is this set up in the urban area or is it set up in the rural area? My concern is about services in the rural area. There does not seem to be enough services in the rural area, because they are not close to the centre of where all the professionals are and where the large population arises. What about your organization; does it provide rural services?

Dr. Bayers: Senator Cochrane, getting resources to rural areas is problematic. We are situated in the central health district. There are nine health districts in Nova Scotia that has a population of 400,000. About 80 per cent of our activity happens here because we are physically here, but we travel throughout the year. We have been in every health district to provide leadership capacity-building workshops. We go wherever we are invited as long as we can afford to get there. When we run out of money, we see if people can chip in some money.

Je pense que le bénévolat dont parle Mme Bayers est énormément sous-estimé. On n'a pas à donner trop d'argent; le bénévolat a son rôle à jouer.

M. Cox : C'est une autre grande lacune, à mon avis. Le système ne fait pas confiance à toutes les précieuses ressources sans but lucratif et bénévoles. Il ne les prend pas au sérieux et ne fait pas appel à elles. L'hôpital IWK, quand je suis arrivé, ne connaissait aucune de ces organisations. Il ne faisait pas confiance à ces organisations dont beaucoup offraient des services de santé mentale aux jeunes. Ces organismes sans but lucratif n'avaient pas assez de financement et ne voulaient rien savoir du système. C'est compréhensible, mais ce n'est pas un partenariat. Le partenariat est mon objectif.

Le président : Dans quelle mesure les professionnels, dans tous les domaines, n'ont-ils pas le réflexe de ne pas faire confiance aux amateurs, ou de penser que les amateurs ne sont pas compétents? Est-ce que cela entre en ligne de compte?

M. Cox : Je dirais que oui à 90 p. 100.

Le président : Oui, malgré tous les faits reconnus et d'après les questionnaires que nous avons reçus, ce que M. Muise nous a dit hier et ce que Mme Bayers vous a dit ce matin, les groupes d'entraide sont une des principales ressources que vous pouvez offrir. Pourtant, les professionnels hésitent à reconnaître leur utilité, simplement parce que ces groupes ne sont pas professionnels.

M. Cox : Oui, cependant, vous savez probablement que nous sommes la première province à fixer des normes en matière de santé mentale, et une des normes établies par notre ministère de la santé consiste à améliorer les relations entre les ONG et le réseau. Je trouve que c'est encourageant.

Le président : Que faites-vous en ce sens?

M. Cox : Des représentants du réseau et des représentants des organismes communautaires sans but lucratif se réunissent pour établir une norme. Maintenant, nous devons répondre à cette norme.

Le sénateur Cochrane : Madame Bayers, où se trouve votre groupe d'entraide? Est-il en milieu urbain ou rural? Je m'inquiète des services dans les régions rurales. Ces régions ne semblent pas avoir assez de services parce qu'il y a moins de professionnels et que la population est moins grande. Votre organisme offre-t-il des services dans les secteurs ruraux?

La Dre Bayers : Sénateur Cochrane, offrir des ressources dans les secteurs ruraux est un problème. Nous sommes établis dans le district central. Il y a neuf districts de la santé en Nouvelle-Écosse et une population de 400 000 habitants. Environ 80 p. 100 de nos activités ont lieu ici parce que nos bureaux s'y trouvent, mais nous nous déplaçons pendant l'année. Nous sommes allés dans chacun des districts pour offrir des ateliers de développement des capacités de leadership. Nous répondons aux invitations quand nous avons les moyens de le faire. Quand nous manquons d'argent, nous demandons si les gens peuvent faire une petite contribution.

It is a challenge to get services to the rural area. To pick up on something Senator Kirby said in terms of knowing what is available, we have a list. Mr. Muise is compiling a guide called, "Navigating the Mental Health System and Beyond," so we are trying to find out where people are that can help, regardless of where you are in Nova Scotia. It is true, some people in rural Nova Scotia do not even have a doctor. Again, it is a challenge to get out to the rural areas. It is a challenge to access but through self-help at least it is a way that citizens are getting together; people can form a self-help group in a little community, such as Country Harbour where I have been to talk about self-help. Rural people have always been resourceful so we tap into that resourcefulness and help them whenever we can and whenever we are invited to set up groups. However, it is certainly a challenge. The further you go outside Halifax, access to services goes down proportionally.

Senator Cochrane: Do you go out to individuals or do they come to you?

Dr. Bayers: We go out; we travel. Our six staff members, counting our Consumer Initiatives Centre, travel all over the province. We have been in every nook and cranny. We have a map in our office where we have been, if you want to come over and visit. Our challenge has always been, do we go where we are asked to go, or do we go where we know the need is? Our philosophy is, we do with, not to or for. We do not say, they should have a self-help group for bereavement in Amherst, unless we have citizens or health professionals there that are willing to work with us. That is one of our challenges, of being reactive and pro-active, so it remains a challenge to get help out to the rural areas.

I would like to say also that there are dedicated, helpful professionals working as hard as they can in the area of mental health, and to commend them. My colleagues in the NGO areas and my colleagues within the system are doing what we can with limited resources, but there are gaps. In the rural areas, we are doing what we can. On our budget it is hard. We sent two staff people, as an example, to Cape Breton to do a workshop on leadership and healthy living. They were stuck there in a storm for three days so we had to spend budget money and that cost \$1500; there is half my travel budget. I need to be really resourceful in how to get around in the province, and rural areas are a continuing challenge but we will go anywhere, anytime.

Senator Cook: I am preoccupied with the word, volunteer. Have you ever done a cost analysis of what your volunteer effort gives, when you prepare your budgets to go forward to governments? I think that would be a very useful exercise. You are talking about 500 groups, and how many people are in your group?

C'est un défi d'offrir des services dans les secteurs ruraux. Nous avons une liste des services disponibles pour répondre au sénateur Kirby qui a posé une question à ce sujet. M. Muise produit un guide appelé « Navigating the Mental Health System and Beyond » de sorte que nous essayons de repérer les gens qui peuvent aider, peu importe où ils se trouvent en Nouvelle-Écosse. Il est vrai que des gens dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse n'ont même pas de médecin. C'est un défi d'aller dans ces secteurs, comme je l'ai dit. L'accès est un problème, mais les groupes d'entraide permettent aux citoyens de se réunir; les gens peuvent former un groupe d'entraide dans une petite localité comme Country Harbour où je suis allée parler de l'entraide. Les gens des régions rurales ont toujours été débrouillards, et nous pouvons miser là-dessus pour les aider quand nous le pouvons et quand on nous invite à former des groupes. Cependant, c'est assurément un problème. Plus on s'éloigne de Halifax, plus les services diminuent.

Le sénateur Cochrane : Allez-vous vers les gens ou viennent-ils à vous?

La Dre Bayers : Nous allons vers eux; nous nous déplaçons. Nos six employés, si on inclut notre Consumer Initiatives Centre, vont un peu partout dans la province. Nous avons visité chaque recoin. Dans nos bureaux, il y a une carte qui indique où nous sommes allés; si jamais vous voulez la voir, venez faire un tour. Le défi a toujours été de déterminer si nous devons aller où on nous le demande, ou bien aller où il y a des besoins. Notre philosophie est de collaborer, pas de nous imposer. Nous ne décidons pas d'établir un groupe d'entraide pour les personnes en deuil à Amherst, à moins que les gens de la place ou les professionnels de la santé veuillent travailler avec nous. Nous devons choisir entre être réactif ou proactif, et c'est difficile de donner de l'aide en milieu rural.

J'aimerais aussi souligner le fait qu'il y a des professionnels dévoués qui travaillent avec acharnement dans le domaine de la santé mentale et je tiens à les féliciter. Mes collègues des ONG et ceux qui travaillent dans le système font tout ce qu'ils peuvent avec les ressources à leur disposition, mais il y a des manques. En milieu rural, nous faisons ce que nous pouvons. Notre budget est grandement mis à l'épreuve. Par exemple, nous avons envoyé deux employés à cap Breton pour tenir un atelier sur le leadership et la vie saine. Ils n'ont pas pu quitter l'endroit en raison d'une tempête qui a sévi pendant trois jours; nous avons dû dépenser 1 500 \$, soit la moitié du budget consacré aux déplacements. Je dois faire preuve de beaucoup d'ingéniosité pour trouver des moyens de me déplacer dans la province; même si les régions rurales posent toujours un défi, nous irons partout, en tout temps.

Le sénateur Cook : Le fait bénévole m'intrigue. Avez-vous déjà effectué une analyse des coûts que représente le bénévolat lorsque vous préparez un budget qui sera soumis aux gouvernements? Je pense que ce serait utile. Vous parlez d'environ 500 groupes; combien y a-t-il de personnes dans votre groupe?

Dr. Bayers: Those are individual self-help groups, Senator Cook. We estimate our self-help network at being 15,000 to 20,000 strong. Some of them are very resourceful. I bring it to the attention of the government when I ask for budget increases; not only what it costs to provide resources, but the big multiplier and bang they get for those bucks that they spend. Costs are going up, most certainly, for travel. We try to present a business plan and analyse the cost, but I think we have to start tapping into health economists to show what it costs to get services to people, and also the return on that investment. It is a good return, I think.

Senator Cook: I work in a similar environment. I had to give up a number of things when I agreed to take on this challenge in my life, but I have kept one. When we dumped people out of the mental hospitals in seventies and the eighties, at least in my province, they went out without adequate supports. We found them on street corners, and restaurants could only afford a tea or a coffee. It was just beginning to be a problem for everyone — the consumer, and where they needed a warm place to stay, given the climate of this country. A group of us got together, and with the Canadian Mental Health Association, we got a building that belonged to CHMC. We provided a warm place in and out of the cold and dark; whatever we could. With a small modest grant from government, we managed one worker and it was a hand-to-mouth existence, as you can appreciate.

We are 25 years old this month, and not a lot has changed. We have moved seven or eight times because the neighbourhoods do not want these kinds of people. I have not decided what they are concerned about, but we have moved. At the moment we are in a wonderful place.

We have an enhanced program, and I think the success of this program is we have to struggle because we are so underfunded and we do not have much. We cannot have those people sitting around all day watching TV. We provided a room for a smoke, and put in a great big fan in to soak it out in the neighbourhood, but it is not enough. They are hungry too so they buy a meal one day and we provide one the next day. It costs 50 cents, but it works. About 90-odd people run through some days. Through that process, because we have no other resources, a group goes to the supermarket, another group gets the meal ready, another group serves it, and another group cleans it up. It is called basic living skills.

Then we looked at our human resources; one person trying to interact with people who need it. We tapped into the school of nursing, the school of social work, and we went to the provincial recreation parks so we could walk and do those kinds of things, all because we had no money to do anything. To me it is a success story.

La Dre Bayers : Sénateur Cook, il s'agit de groupes d'entraide individuels. Nous estimons que notre réseau d'entraide se compose d'environ 15 000 à 20 000 personnes. Certains groupes sont très ingénieux. Lorsque je demande une augmentation de mon budget, je souligne non seulement ce qu'il en coûte au chapitre des ressources, mais aussi les énormes retombées de chaque dollar dépensé. Évidemment, les coûts associés aux déplacements continuent d'augmenter. Nous essayons de présenter un plan d'affaires et une analyse des coûts, mais je crois que nous devons nous tourner vers des économistes de la santé pour démontrer les coûts au chapitre de la prestation de services ainsi que le rendement du capital investi. Je crois qu'on peut parler d'un bon rendement.

Le sénateur Cook : Je travaille dans un environnement semblable. Lorsque j'ai accepté de relever le présent défi, j'ai dû abandonner certaines activités, mais j'en ai gardé une. Lorsque nous avons vidé les hôpitaux psychiatriques dans les années 1970 et 1980, du moins dans ma province, ces gens n'avaient pas accès à un soutien adéquat. On les retrouvait sur les coins de rue et dans les restaurants où ils ne pouvaient s'offrir qu'une tasse de thé ou de café. C'est devenu un problème pour tout le monde, y compris pour le client. Il a fallu leur trouver un abri vu notre climat. Nous avons constitué un groupe et avons pu obtenir, en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé mentale, un bâtiment qui appartenait à la SCHL. Nous avons pu ainsi leur offrir ce que nous pouvions, c'est-à-dire un endroit à l'abri du froid et de la noirceur. Nous avons eu une petite subvention du gouvernement, ce qui nous a permis d'embaucher un travailleur; vous comprendrez sûrement que c'est une survie au jour le jour.

Ce mois-ci, ça va faire 25 ans que nous existons, et rien n'a vraiment changé. Nous avons dû déménager sept ou huit fois parce que les gens du voisinage ne voulaient pas ce genre de personnes dans leur quartier. Je n'ai pas encore saisi ce qui les inquiétait, mais nous avons déménagé. Actuellement, nous sommes dans un endroit merveilleux.

Nous avons un programme amélioré, et je crois que sa réussite est attribuable au fait que nous devons nous battre puisque nous sommes sous-financés et que nous n'avons presque rien. On ne peut pas laisser ces gens devant la télévision toute la journée. Nous avons aménagé un fumoir doté d'un grand ventilateur pour souffler la fumée à l'extérieur, mais ce n'est pas assez. Les gens ont faim; ils achètent un repas une journée, et le lendemain on leur en donne un gratuitement. Ça coûte 50 cents, mais ça marche. Nous accueillons parfois quelque 90 personnes. Puisque nous n'avons pas d'autres ressources, un groupe va au supermarché, un autre prépare le repas, un autre le sert et un autre fait le nettoyage. On appelle ça des connaissances élémentaires.

Nous avons aussi examiné nos ressources humaines pour trouver une personne qui pourrait interagir avec les gens qui ont besoin d'aide. Nous avons communiqué avec l'école des sciences infirmières et l'école des travailleurs sociaux, et nous sommes allés dans des parcs de récréation provinciaux pour que les gens puissent marcher et faire d'autres activités car nous n'avions pas d'argent pour faire quoi que ce soit d'autre. Selon moi, c'est une histoire de réussite.

The Maple Leafs hockey farm team in Newfoundland gave us money but they are leaving so we lost our grant halfway through.

We have a literacy program, if you could believe. We have a couple of computers that no one else wanted or were too slow for any one. The funding went down and we are short \$2000, and we have 10 or 12 people in our literacy program. That was devastation. I went home one weekend and said, "We have to do something." "What are we going to do, Joan?" We got a Christmas tree, put it in a local hotel, sold loonie tickets and we made enough money to keep the literacy program. In the process we opened up to the community. We said, "We need a place to draw those tickets to satisfy the lottery program of the province." We filled it up with our friends and whatever, and it was a learning experience for the public about mental health and the stresses. Unfortunately, we could not invite our consumers because we served a glass of wine and we do not support alcohol or drinking.

What I am saying is we have something good in the volunteer sector but we do not tell the story. From my experience, most of it is born out of the fact that we are underfunded. I go to my church group and say, "The Pottle Centre would like to have a couple of hundred dollars. Have you got any?" We live hand-to-mouth, as you say, Ms. Bayers, but I think that is part of our strength. We should tell the story to the people who fund the megaprojects and who fund the national programs. These programs are wonderful and then they are gone because nobody picks them up, and we lose them as a society.

Dr. Bayers: Congratulations, senator: You sound like a friend and a champion of consumers. We pride ourselves on being survivors in a fiscally conservative climate. We are spiritual warriors and we will continue to fight to stay in existence because our work is important, so congratulations on 25 years.

The Chairman: It is scrounging.

Senator Cook: For the food bank, we did not know what to give and people give what they do not need, let us face it. We went to the school of nutrition at Memorial University and said, "Give us a food basket." Someday I hope that we will address the worth of the volunteer in our society, particularly in mental health, and in the subculture that we find ourselves working in.

Ms. Brennan: One of the things I wanted to be cautious of is, I do not want people to misinterpret that lack of funding means we should throw more money at the problem, because I think it has to be better allocated. When you look at the big basket of money to be handed out, if it is properly allocated, it might capture situations such as yours. One problem we notice through our

L'équipe-école des Maple Leafs, à Terre-Neuve, nous a donné de l'argent, mais puisque l'équipe quitte l'endroit, nous avons perdu notre subvention à mi-chemin.

Aussi incroyable que ça puisse paraître, nous offrons un programme d'alphabétisation. Nous avons quelques ordinateurs dont personne ne veut ou qui sont trop lents. Nous avons subi une baisse de financement et nous nous sommes retrouvés avec un manque à gagner de 2 000 \$ alors qu'il y avait de 10 à 12 personnes inscrites dans le programme d'alphabétisation. Nous étions dévastés. Je suis revenu à la maison, une fin de semaine, en me disant que nous devions faire quelque chose. Mais quoi? Nous nous sommes procurés un arbre de Noël, l'avons installé dans un hôtel de l'endroit, vendu des billets à 1 \$ et avons fini par recueillir assez d'argent pour maintenir le programme d'alphabétisation. Dans le cadre de cette démarche, nous nous sommes ouverts à la collectivité. Nous avons demandé qu'on nous prête un endroit pour faire un tirage conformément aux règles du programme de loterie de la province. Nous avons invité tous nos amis et d'autres personnes, ce qui a permis à la population d'en apprendre davantage sur la santé mentale et les problèmes qui y sont associés. Malheureusement, nous ne pouvions pas inviter nos clients parce que nous servions du vin et que nous n'encourageons pas la consommation d'alcool.

Ce que je veux dire, c'est qu'il se passe de bonnes choses dans le secteur bénévole, mais elles demeurent inconnues. D'après mon expérience, c'est attribuable en majeure partie au sous-financement. Je vais parfois demander à mon église si elle peut faire un don de quelques centaines de dollars au Pottle Centre. Comme vous le dites, madame Bayers, nous vivons au crochet des autres, mais je crois que ça fait partie de nos forces. Nous devrions raconter notre histoire aux gens qui financent les mégaprojets et les programmes nationaux. Ces programmes sont merveilleux, mais si personne ne prend la relève, la société s'en trouve privée.

La Dre Bayers : Je vous félicite, madame. On dirait que vous êtes une amie des utilisateurs et un défenseur. Nous sommes fiers d'avoir survécu dans un environnement financièrement strict. Nous sommes des guerriers spirituels et ne cesserons de nous battre pour survivre car notre travail est important; je vous félicite donc pour ces 25 ans d'existence.

Le président : Il faut faire des pieds et des mains.

Le sénateur Cook : Pour ce qui est de la banque alimentaire, nous ne savions pas quoi donner, et il ne faut pas se raconter des histoires : les gens donnent ce dont ils n'ont pas besoin. Nous avons communiqué avec l'école de nutrition de l'Université Memorial et lui avons demandé qu'elle nous donne un panier à provisions. J'espère qu'un jour on se penchera sur la valeur des bénévoles dans notre société, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, et dans la sous-culture où nous travaillons.

Mme Brennan : J'aimerais qu'on fasse attention à une chose; je ne veux pas que les gens pensent que pour régler un problème de financement, il suffit d'injecter plus d'argent. Il faut que le financement soit mieux alloué. Si tout l'argent pouvant être versé était alloué correctement, on pourrait venir en aide à des organisations comme la vôtre. Ce que l'on constate, c'est qu'il

office is a lack of interdisciplinary and departmental approach. Everybody seems to have these services they can offer. Unfortunately a lot of them are being duplicated, and therefore, are a potential waste of money. I do not want to say waste but —

The Chairman: No, but you are right.

Ms. Brennan: I do not think resources is the sole —

The Chairman: No: one of the interesting things when we did our study of the acute care system, the hospital and doctor system, unlike the typical federal-provincial debate where money is everything, is we took the position that money is merely a means to an end. It was the last chapter in our report. We came up with a series of recommendations, large parts of which are happening in various parts of the country as different provinces take up different pieces. We made the recommendations and then priced them rather than begin as a typical debate does, which is throw more money at the problem. Believe me, we will do the same thing on this, which is, first, how do you change the system? Then, what does it cost? We use this approach as opposed to simply bitching because there is not enough money.

Senator Cordy: I would like to talk to Mr. Cox about stigmatization and discrimination. We have heard so often that we want to reduce it but the reality is that it is there and we are all working to do away with stigmatization and discrimination for consumers of the mental health system.

When you talk about teenagers who have a mental illness, it is a double or triple whammy. I know from teaching elementary school — I was a kindergarten teacher, and I agree with everything Ms. Bayers said — kindergarten kids or kids up to the age of eight and nine who are going to the resource teacher, and this is a small example, would skip down the hall to the resource teacher. Then when I taught Grade 6, when kids are 11 and 12 years old, it was not so great to go to the resource teacher anymore, because they were singled out. I think about how much that is compounded if a student or a teenager is being treated for a mental illness. How do you deal with what a teenage child is going through, on top of the mental illness? How do you address that as an advocate for teens?

Mr. Cox: You have to deal with it systemically or indirectly, through education. I think mental health has to be in the curriculum. I mentioned on Friday that sex is in the curriculum quite early, but why not mental health prevention and stigma?

The only type of discrimination that society allows is discrimination against mental health. If I am in school and I say a racist remark, properly, I am in big trouble. If I say you are crazy, I am not in trouble, so there is stigmatism right there.

n'y a d'approche ministérielle interdisciplinaire. On dirait que tout le monde a des services à offrir, mais, malheureusement, bon nombre se chevauchent, ce qui peut entraîner un gaspillage d'argent. Je ne veux pas parler de gaspillage, mais...

Le président : Non, mais vous avez raison.

Mme Brennan : Je ne crois pas que les ressources soient l'unique...

Le président : Non. Une des choses intéressantes que nous avons faite pendant notre étude du réseau des soins de courte durée et du système hospitalier et médical — contrairement à ce qu'on voit dans les débats fédéral-provinciaux typiques où l'argent est l'élément central —, c'est que nous avons adopté une position selon laquelle l'argent n'était qu'un moyen d'obtenir quelque chose. C'était le dernier chapitre de notre rapport. Nous avons formulé une série de recommandations, dont bon nombre sont mises en œuvre différemment dans diverses provinces. Nous avons fait des recommandations et avons déterminé ce qu'il en coûterait pour les mettre en œuvre au lieu de faire comme d'habitude, c'est-à-dire d'injecter encore plus d'argent pour régler le problème. Croyez-moi, nous allons procéder de la même façon ici, c'est-à-dire que nous allons commencer par chercher à savoir comment il faut procéder pour changer le système. Ensuite, nous déterminerons ce qu'il en coûtera. Nous préférons agir ainsi au lieu de chialer contre le fait qu'il n'y a pas assez d'argent.

Le sénateur Cordy : J'aimerais m'adresser à M. Cox au sujet de la stigmatisation et de la discrimination. Nous avons entendu à maintes reprises qu'on veut atténuer ce problème, mais il perdure même si nous essayons d'enrayer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les utilisateurs du système de santé mentale.

Pour ce qui est des adolescents qui souffrent de maladie mentale, c'est un double, sinon un triple, coup dur. Pour avoir enseigné au primaire — j'étais professeur à la maternelle, et je suis d'accord avec tout ce qu'a dit Mme Bayers —, je sais que les enfants jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans, par exemple, iront voir en gambadant l'enseignant-ressource. Mais j'ai enseigné en sixième année à des enfants de 11 et 12 ans; à cet âge, ce n'est pas aussi agréable d'aller voir l'enseignant-ressource, c'est comme si on les pointait du doigt. C'est pire si l'élève ou l'adolescent est traité pour une maladie mentale. Comment aider un adolescent à passer à travers les épreuves de la vie en plus de sa maladie mentale? Comment réglez-vous ça en tant que défenseur des adolescents?

M. Cox : Il faut aborder ça dans un contexte systémique ou indirectement par l'éducation. Je crois que la santé mentale devrait figurer dans le programme scolaire. J'ai mentionné vendredi que l'éducation sexuelle se fait tôt dans le programme, mais pourquoi ne pas parler de la prévention des maladies mentales et de la stigmatisation qui y est associée?

La seule discrimination tolérée par la société est celle contre les gens atteints de maladie mentale. Si je suis à l'école et que je fais une remarque raciste, je vais être, à juste titre, réprimandé. Si je vous dis que vous êtes fou, je n'aurai aucun problème; voilà un exemple de stigmatisation.

I think it can be handled through education and groups such as YouthNet with Ian Manion and Simon Davidson, which I think a lot of you are familiar with in Ottawa. Laing House is a group for people with mental illness, but they invite other youth to come in and meet youth with mental illness, and you are still cool if you have a mental illness. There is so much that can be done in educating teachers, for sure, and educating parents. I think a lot of it should be done by consumers though. I used to go into schools and whether I was speaking to 10 students or an entire audience — I would often speak along with clinicians or teachers — students had the most questions for me and they were most interested in what I had to say because, as I mentioned before, they want to hear it from the consumer. Number one is consumers educating others.

Senator Cordy: I made the comment yesterday that if the general public could hear all the consumers that we heard in our hearings across the country, there would be no discrimination because there is a stereotype in the public as to what a consumer is.

Mr. Cox: The other thing I wanted to mention Friday is I wish some famous person in Canada would step out and, not just disclose but also speak for a foundation. You hear from the foundations such as Lance Armstrong with cancer. I was in Boston at the Boston Red Sox game and they were talking about foundations for ALS, literacy, cancer and MS. You never hear about mental illness; you never hear famous people disclosing about mental illness. They sometimes disclose, but they never take action and I do not understand that.

Dr. Bayers: Brooke Shields talked about her post-partum depression and we have had some.

Senator Pélipin: I think we had one during the weekend — I may be wrong. Svend Robinson came out, and also we have former Minister of Finance Michael Wilson.

The Chairman: That was his son, yes but you are right.

Senator Pélipin: We need much more than that.

Mr. Cox: I am thinking youth friendly ones such as rock stars.

The Chairman: You need youth role models.

I would like to thank all of you for coming. It has been a very interesting and informative morning.

The committee adjourned.

Je pense qu'on peut aborder cet enjeu par l'éducation et des groupes comme Réseau Ado, qui a été fondé par Ian Manion et Simon Davidson, dont bon nombre d'entre vous connaissez, à Ottawa. Il y a aussi Laing House, qui est un groupe de personnes souffrant de troubles mentaux qui invite d'autres jeunes à venir les rencontrer et qui va vers des jeunes atteints de maladie mentale pour montrer aux jeunes qu'on peut quand même être cool même si on a une maladie mentale. Il y a tant à faire pour sensibiliser les enseignants, évidemment, et les parents. Je pense que ce rôle devrait en grande partie revenir aux clients eux-mêmes. Je donnais des conférences dans des écoles. Que mon auditoire ait été composé de 10 élèves ou d'une salle complète — je partageais souvent la tribune avec des cliniciens ou des enseignants — j'étais l'intervenant auquel on posait le plus de questions et celui qui intéressait le plus les jeunes parce que, comme je l'ai mentionné plus tôt, je suis un client. Il revient d'abord aux clients de sensibiliser les autres.

Le sénateur Cordy : J'ai dit hier que si la population pouvait entendre tout ce que nous ont dit les clients pendant nos délibérations un peu partout au pays, il n'y aurait plus de discrimination. Mais il existe actuellement un stéréotype entourant les personnes souffrant de maladie mentale.

M. Cox : Il y a une autre chose que je voulais mentionner vendredi, c'est que j'aimerais qu'une personnalité canadienne s'avance non seulement pour dévoiler sa maladie mais aussi comme porte-parole d'une fondation. On entend parler de fondations comme celle de Lance Armstrong pour le cancer. Je suis allé à une partie des Red Sox, à Boston, et ils ont parlé de fondations pour la maladie de Lou Gehrig, l'alphabétisation, le cancer et la sclérose en plaques. On n'entend jamais parler des maladies mentales et on n'entend jamais des personnalités dire qu'elles en souffrent. Et quand ça arrive, ces gens ne font rien ensuite, et je ne comprends pas ça.

La Dre Bayers : Brooke Shields a parlé de sa dépression post-partum; certaines personnalités se sont avancées ici.

Le sénateur Pélipin : Je me trompe peut-être, mais il me semble que quelqu'un en a parlé ce week-end. Svend Robinson a parlé de sa maladie tout comme l'ancien ministre des Finances, Michael Wilson.

Le président : C'était son fils, mais vous avez raison.

Le sénateur Pélipin : Il en faut davantage.

M. Cox : Je parle des gens qui plaisent aux jeunes, comme les vedettes du rock.

Le président : Vous avez besoin de modèles pour les jeunes.

J'aimerais vous remercier tous d'être venus aujourd'hui. Ce fut une séance matinale très intéressante et instructive.

La séance est levée.

HALIFAX, Tuesday, May 10, 2005

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:25 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[English]

The Chairman: Senators, before we begin this afternoon, Menna MacIssac will actually represent both the Alzheimer society and the family caregivers association because Sharon Reashore, who is the Executive Director of the Family Caregivers Association of Nova Scotia, has just gone into the hospital for emergency surgery on a detached retina. They have had a conversation and she will do both. Then we will have a number of questions we would like to raise with you.

Ms. Menna MacIssac, Director, Program and Operations, Alzheimer Society, Nova Scotia: Thank you very much for having me here today. I have given you all a copy of the presentation with our annual report.

I have stated our mission up front, which is alleviating the personal and social consequences of Alzheimer disease and other dementias and promoting the search for causes and cures. We have been in existence for 20 years, and the amount of research that has gone on and the contribution to alleviating Alzheimer disease within that period is very exciting.

Alzheimer disease is a progressive, degenerative disease and the most common form of dementia, affecting memory, judgment, reasoning, behaviour, mood and physical functioning. It is not normal memory loss that accompanies aging. It is, for instance, if you get in the car and you forget how to drive; it is not forgetting to pick up your children on the way home from work, it is forgetting you have children. It affects your ability to perform simple tasks, to recognize family members, and impacts upon the dignity of your cognitive abilities.

Today 420,000 Canadians over 65 years of age have Alzheimer disease, and with the aging of our population it is expected that by 2031 that number will be 750,000. Twenty-five per cent of Canadians will have someone in their family with this disease.

The Chairman: Menna, you do not necessarily need to read all of the pages. If you just want to hit the highlights and then we can talk to you about it.

Ms. MacIssac: Sure.

The costs of care, both the human cost and the cost to the health system, are remarkable. It is \$5.5 billion in Canadian health care costs at this point. However, the real cost that we see on a daily basis at the society is the cost to the caregiver.

HALIFAX, le mardi 10 mai 2005

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 25 pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Sénateurs, avant de commencer cet après-midi, Mme Menna MacIssac représentera à la fois la Société Alzheimer et l'Association des aidants familiaux de la Nouvelle-Écosse étant donné que Sharon Reashore, qui est directrice générale de l'Association des aidants familiaux de la Nouvelle-Écosse, vient juste d'être hospitalisée d'urgence pour une chirurgie liée à un décollement de la rétine. Les deux témoins ont eu une discussion ensemble et Mme MacIssac s'occupera des deux organismes. Ensuite, nous aurons des questions à vous poser.

Mme Menna MacIssac, directrice, Programmes et opérations, Société Alzheimer, Nouvelle-Écosse : Merci beaucoup de m'accueillir aujourd'hui. Je vous ai tous remis une copie de mon exposé avec notre rapport annuel.

J'ai tout de suite décrit notre mission, qui est de soulager les conséquences personnelles et sociales de la maladie d'Alzheimer et des autres démences et de favoriser la recherche pour trouver les causes et les traitements. Nous existons depuis 20 ans et la recherche effectuée au cours de cette période sur la maladie d'Alzheimer et sa contribution au soulagement des conséquences de cette maladie en ont fait une période très excitante.

La maladie d'Alzheimer est une maladie progressive, dégénérative et la forme de démence la plus répandue, touchant la mémoire, le jugement, le raisonnement, le comportement, l'humeur et le fonctionnement physique. Il ne s'agit pas de la perte de mémoire normale qui accompagne le vieillissement. C'est, par exemple, s'asseoir dans la voiture et avoir oublié comment la conduire; ce n'est pas oublier d'aller chercher les enfants au retour du travail; c'est oublier que vous avez des enfants. Cette maladie mine votre capacité d'exécuter des tâches simples, de reconnaître les membres de votre famille et a des effets sur la dignité en ce qui a trait à vos capacités cognitives.

Aujourd'hui, 420 000 Canadiens âgés de plus de 65 ans vivent avec la maladie d'Alzheimer et, avec le vieillissement de notre population, on s'attend à ce que d'ici 2031, ce nombre augmente à 750 000. Cela signifie que 25 p. 100 des Canadiens auront un membre de leur famille qui est atteint de cette maladie.

Le président : Menna, vous n'avez pas nécessairement besoin de lire toutes les pages. Si vous voulez simplement donner les points saillants et ensuite, nous pourrons vous en parler.

Mme MacIssac : Certainement.

Les coûts liés aux soins, à la fois les coûts humains et les coûts pour le système de santé, sont faramineux. À l'heure actuelle, la facture en soins de santé s'élève à 5,5 milliards de dollars. Toutefois, le coût réel que nous voyons sur une base quotidienne à

Ninety-three per cent of seniors are living at home. Many of them are being cared for by their spouses, and it is a 24-hour, seven-day-a-week job. Many are living in isolated rural communities. My own experience with my father and father-in-law is that a person with dementia, as the disease progresses, does not even like the caregiver to leave the room, let alone go out for groceries. It is almost like child dependency. It is very confining and isolating.

The impact is such that caregivers for a person with dementia are twice as likely to experience depression, and often depression co-exists with dementia. The need for mental health is not well known because people are living in the community with the disease, being cared for by caregivers who are at risk of also having depression themselves.

I have come to you today with some suggestions that we feel are significant health system policy changes that could be incorporated into your recommendations.

The first is that caregivers themselves and persons with the disease say that the most important thing is respite. That is their number one priority. There are many documents and surveys that the federal government has been involved in that indicate that. By "respite" I do not mean just respite for the caregiver. There are creative approaches to respite that also include programming for the person with the disease, and it is most important to break down the barriers attached to taking the person outside the home and actually bring respite to the home, allowing caregivers to go to their own appointments and to attend support groups and other activities that are available to them.

The Chairman: What does ADRD mean?

Ms. MacIssac: Alzheimer disease and related dementias.

The second point is the significant impact that community capacity initiatives can make. Alzheimer societies across Canada are moving in a direction where they want dementia networks to exist at the community level. The dementia networks bring together groups of at least three health profession organizations at a local level — and this can be replicated across Canada if so desired — to do an inventory of what health services exist at the district or community level and which ones do not. Then, using the local providers who are around the table, they look at the means within their own community to address those deficits and to better integrate services for dementia within their community. In addition, those providers become engaged in a variety of subcommittees that address services, education, promotion of research, and service integration. That would be one of our recommendations.

la Société Alzheimer, c'est le coût que doit assumer l'aidant. Quatre-vingt-treize pour cent des personnes âgées vivent à la maison. Un grand nombre d'entre elles sont traitées par leur conjoint et il s'agit d'un travail 24 heures par jour, 7 jours par semaine et un grand nombre d'entre elles vivent dans des collectivités rurales isolées. L'expérience que j'ai moi-même vécue avec mon père et mon beau-père, c'est qu'une personne atteinte de démence, au fur et à mesure que la maladie progresse, ne veut même pas que l'aidant quitte la pièce, encore moins qu'il aille faire le marché. C'est une dépendance qui ressemble presque à celle d'un enfant. L'aidant est emprisonné et très isolé.

Les effets sont tels que chez les aidants d'une personne atteinte de démence, la probabilité d'avoir une dépression est deux fois plus élevée que dans la population générale, et souvent, la dépression coexiste avec la démence. Le besoin en matière de santé mentale n'est pas bien connu parce que les gens vivent dans la communauté avec la maladie, sous les soins d'aidants qui sont eux-mêmes à risque de faire une dépression.

Je me présente aujourd'hui devant vous avec certaines suggestions qui, je crois, constituent des modifications importantes à la politique liées au système de santé et qui pourraient être incorporées dans vos recommandations.

Le premier élément, c'est que les aidants eux-mêmes et les personnes atteintes de la maladie disent que la chose la plus importante, c'est d'avoir un répit. Il s'agit, à leurs yeux, de la toute première priorité. De nombreux documents et enquêtes auxquels a participé le gouvernement fédéral l'indiquent. Par « répit », je ne parle pas uniquement du répit pour l'aidant. Il y a des approches créatives au répit qui prennent également en compte la personne atteinte de la maladie, et il est des plus important de briser les barrières qui empêchent de sortir la personne de la maison et, en fait, amener le répit à la maison, en permettant aux aidants de se rendre à leurs propres rendez-vous et de participer à des groupes de soutien et à d'autres activités qui leur sont accessibles.

Le président : Que signifie l'acronyme ADRD?

Mme MacIssac : Cela signifie *Alzheimer disease and related dementias*.

Le deuxième point, c'est l'effet important que peuvent avoir les initiatives liées à la capacité de la communauté. Les sociétés Alzheimer partout au Canada s'orientent vers la création de réseaux de la démence au niveau de la collectivité. Les réseaux de la démence réunissent ensemble des groupes provenant d'au moins trois organismes de spécialistes de la santé au niveau local — et cette structure peut être reproduite partout au Canada si on le désire — pour faire un inventaire des services de santé qui existent au niveau régional ou de la collectivité et de ceux qui n'existent pas. Ensuite, en utilisant les fournisseurs de services de santé locaux réunis autour de la table, ils examinent les moyens dont dispose leur collectivité pour combler ces déficits et pour mieux intégrer les services liés à la démence au sein de leur collectivité. De plus, ces fournisseurs ont une participation dans une variété de sous-comités traitant de questions comme les services, l'éducation, la promotion de la recherche et l'intégration des services. Cela serait une de nos recommandations.

The other is that in order for integration to truly occur, we would like to see a referral system called "InfoLine First Link," which would begin at the time of diagnosis and follow the person through a referral to the Alzheimer society, and then to the networks that would be newly created. That is the second point about community capacity.

The third is around the need for an enhanced curriculum in mental health within the medical schools and other professions.

The fourth is to expedite approval of and access to medications.

The fifth is to establish and fund a national Alzheimer strategy.

There are a couple of points I would like to make around the community capacity initiative, which has the two components of networks and the third-party physician referral. This has been tried in Ontario. The Ontario model may be a little rich for some of the other provinces, but it has been evaluated and is based on best practice and evidence. The findings are that with these informal networks of caregivers coming together, 93 per cent of families and persons with dementia were able to handle a crisis situation more readily. Often as a society we only hear from people when they are in crisis because they cannot cope with the isolation; they cannot cope with watching the one they love lose their cognitive ability.

With this link from the physician's diagnosis right through to a network, people are provided with proactive supports as opposed to waiting until they are in crisis. It is a referral system.

Also, once the networks were developed and the health providers came together to address gaps, 63 per cent of people with the disease and their families indicated that they stayed at home considerably longer or were able to retain their loved one at home, as opposed to an early admission to long-term care, because the networks were providing broader services.

Given the aging population, we cannot fix the demands on the health care system by putting more acute care and long-term care beds in place. We have to partner with the community. If Sharon Reashore were here she would say that so much of the care goes on in the community and more could be done with the right supports, including the networks and a better referral system.

Other provinces are going in this direction as well. Tomorrow I have a conference call with the other societies across Canada. They are all moving in this direction. The Ontario provincial government is providing \$100 million towards this initiative through their Trillium Foundation, which I believe is funding

L'autre recommandation, c'est que pour qu'il y ait intégration véritable, nous aimerions qu'il y ait en place un système d'orientation appelé *InfoLine First Link*, qui débiterait au moment du diagnostic et qui suivrait la personne jusqu'à ce qu'elle soit adressée à la société Alzheimer, puis aux réseaux nouvellement créés. Il s'agit du deuxième point concernant la capacité de la collectivité.

Le troisième point touche la nécessité d'avoir une formation plus poussée en santé mentale dans les écoles de médecine et dans les établissements formant les autres spécialistes de la santé.

La quatrième recommandation serait d'accélérer l'autorisation des médicaments et leur accès.

La cinquième est l'élaboration et le financement d'une stratégie nationale de la maladie d'Alzheimer.

Il y a certaines choses que je voudrais dire au sujet de l'initiative liée à la capacité de la collectivité, qui comporte les deux éléments que sont les réseaux et l'orientation par le médecin vers une tierce partie. Cette approche a été essayée en Ontario. Le modèle ontarien peut être un peu coûteux pour certaines des autres provinces, mais il a été évalué et est fondé sur la meilleure pratique et les meilleures données. Les conclusions, c'est que grâce à ces réseaux informels d'aidants, 93 p. 100 des familles et des personnes atteintes de démence étaient en mesure de faire face à une situation de crise plus facilement. Souvent, en tant que société, nous n'entendons parler des gens que lorsqu'ils sont dans une situation de crise, parce qu'ils ne peuvent plus faire face à l'isolement; ils ne peuvent plus accepter de regarder la personne qu'elles aiment perdre ses capacités cognitives.

Avec ce lien entre le médecin qui pose le diagnostic et le réseau, les gens se voient offrir un appui proactif plutôt que d'attendre qu'ils soient dans une situation de crise. Il s'agit d'un système d'orientation.

De plus, une fois que les réseaux ont été créés et que les fournisseurs de service de santé se sont réunis pour combler les lacunes, 63 p. 100 des personnes atteintes de la maladie et de leur famille ont indiqué qu'elles sont restées beaucoup plus longtemps à la maison ou ont été en mesure de garder l'être aimé plus longtemps à la maison, plutôt que de les placer plus rapidement dans des établissements de soins de longue durée, parce que les réseaux fournissaient des services plus étendus.

Étant donné le vieillissement de la population, nous ne pouvons pas régler le problème de la demande faite sur le système de soins de santé en ajoutant plus de lits de soins aigus et de soins prolongés. Nous devons établir un partenariat avec la collectivité. Si Sharon Reashore était ici, elle vous dirait qu'il y a une partie si importante des soins qui se donne dans la communauté et qu'on pourrait en faire plus avec le soutien approprié, y compris les réseaux et un meilleur système d'orientation.

D'autres provinces s'orientent dans cette direction également. Demain, j'ai une conférence téléphonique avec d'autres sociétés de différentes régions du Canada. Elles vont toutes dans cette direction. Le gouvernement de l'Ontario consacre 100 millions de dollars à cette initiative par le biais de sa Fondation Trillium qui,

from their gambling casinos or something of that nature. The Alberta society is also receiving some funding from government. However, the rest of us are struggling to do what we see needs to be done to give better care to people in dementia services through fundraising.

The Chairman: Describe to me in a bit more detail what exactly is included in a local network. You say you have to have three professionals.

Ms. MacIssac: Yes, three organizations, not just three professionals. They are there to represent their organization.

The Chairman: What kinds of organizations?

Ms. MacIssac: It could be VON. It could be home care under the district health authorities. It could be mental health providers, GPs. We are looking to get primary medical care people involved.

We have the first pilot on the go right now in Cape Breton. Ten provider organizations have become part of this. In the year and a half since they have been in place they have done an inventory of existing services, but they have also looked to develop certain things on their own. In the last year they have developed education modules that the providers can put on in the community for people who have dementia and their caregivers. They have put on six education forums. They have developed a home care toolkit for people who work in home care, and I would like to take it to the Department of Health to see if we can give it to home care workers throughout the province. It is recognizing and supporting people with dementia in home care situations.

They have developed two support groups for caregivers. Once the networks are developed, they assess the gaps and begin to figure out local ways to address them, and they work with the society. For instance, we have volunteers on the ground in Cape Breton who are connecting now to the network and providing public education. All of our materials are now moving to the network and being used in their work. We would like to create an info-line there, but we currently do not have the money for the third party referral.

We want to work with the medical staff in Nova Scotia to create what is called "referral pads," which is what they are using in Ontario. When people in Ontario are diagnosed with dementia they get a referral to the society. From the society they get a variety of education materials and support groups, and then they are also linked to the local networks. That is the model we would like to see.

je crois, est financée à partir des recettes des casinos ou quelque chose du genre. La société Alzheimer de l'Alberta reçoit également des fonds du gouvernement. Cependant, toutes les autres, nous devons nous battre pour faire ce que nous pensons qui doit être fait pour offrir de meilleurs soins aux gens dans les services liés à la démence par le biais de campagnes de financement.

Le président : Veuillez me décrire en plus grands détails ce qui constitue exactement un réseau local. Vous dites que vous devez avoir trois spécialistes de la santé.

Mme MacIssac : Oui, trois organismes et non pas seulement trois spécialistes. Ils sont là pour représenter leur organisme.

Le président : Quels genres d'organismes?

Mme MacIssac : Cela pourrait être les Infirmières de l'Ordre de Victoria. Cela pourrait être les soins à domicile des autorités de santé régionales. Cela pourrait être des fournisseurs de services de santé mentale, des omnipraticiens. Nous cherchons à faire participer les gens qui travaillent au niveau des soins médicaux primaires.

Le premier projet pilote est en cours à l'heure actuelle au Cap-Breton. Dix organismes de fournisseurs de services de santé font partie de ce projet. Depuis la création du réseau il y a un an et demi, ils ont fait un inventaire des services existants, mais ils ont également essayé d'élaborer certaines choses par eux-mêmes. Au cours de la dernière année, ils ont mis au point des modules d'information que les fournisseurs peuvent offrir dans la communauté à l'intention des personnes qui sont atteintes de démence et de leurs aidants. Ils doivent tenir six forums d'information. Ils ont élaboré une trousse de soins à domicile pour les gens qui travaillent dans ce domaine et j'aimerais qu'ils la présentent au ministère de la Santé pour voir si nous pouvons la distribuer à tous les travailleurs dans le domaine des soins à domicile de la province. Cette trousse permet de reconnaître et d'appuyer les personnes atteintes de démence dans les situations de soins à domicile.

Ils ont créé deux groupes de soutien pour les aidants. Une fois que les réseaux sont en place, ils évaluent les lacunes et commencent à chercher des façons, au niveau local, pour combler ces lacunes, et ils travaillent avec la société Alzheimer. Par exemple, nous avons des bénévoles sur le terrain au Cap-Breton qui sont présentement liés au réseau et qui s'occupent d'éducation publique. Tout notre matériel est maintenant mis à la disposition du réseau qui l'utilise dans son travail. Nous aimerions créer une ligne d'information là-bas, mais nous n'avons pas à l'heure actuelle d'argent pour l'orientation vers une tierce partie.

Nous voulons travailler avec le personnel médical en Nouvelle-Écosse pour créer ce qu'on appelle un cahier d'orientation, quelque chose qu'on utilise en Ontario. Dans cette province, lorsqu'on diagnostique une démence chez une personne, cette dernière est orientée vers la société Alzheimer. La société met à leur disposition du matériel d'information varié et des groupes de soutien et ensuite, la société les oriente vers les réseaux locaux. C'est le modèle que nous aimerions voir appliquer.

The Chairman: I am surprised at your \$100-million price tag; that strikes me as extremely high. Where does the money go? A lot of what you are talking about is done by volunteers. Correct? So what is the money being spent on?

Ms. MacIssac: Well, in Ontario they have 33 chapters and they hire staff to put on the education programs that are delivered in the community. We would not hire staff; we would use the providers who are around the network table. We have submitted a proposal to the provincial government that is based on that model but uses more volunteers and network members; we have not been able to determine yet if we have been approved in the budget process.

The Chairman: If you do not mind my asking, what is the cost, roughly?

Ms. MacIssac: We put in for \$120,000 in year one to hire three coordinators in Nova Scotia who would work with the communities on identifying who the members of the networks would be. Help with the paperwork and running the networks once they are in place, the administration costs, the travel costs and the staff fees of the three coordinators are included in that \$120,000. In the first year we said we would develop an evaluation framework, and that by year three we would do a comprehensive evaluation. In Ontario they hope that these networks will become self-sustaining. We stated that we feel they can be self-sustaining within a three-year period because one of the main parties at the table would be the district health authorities. The only real costs are the administration costs and the coordinator's salary.

The Chairman: Essentially, you asked for \$120,000 a year for three years.

Ms. MacIssac: It is \$120,000 for each year.

The Chairman: The group that was here before lunch had a budget in the same range, right? It has to be saving the health system an unbelievable amount. It just seems so obviously cost effective, what am I missing here? Or am I not missing anything? It really is that cost effective?

Ms. MacIssac: Well, just from what has been accomplished through the dementia network in Cape Breton, I think the only thing we are missing is an opportunity. We have a part-time coordinator down there and what they have been able to produce in the brief time that they have been in existence is amazing.

The Chairman: Now, you are only dealing with dementia and Alzheimer's, is that correct?

Ms. MacIssac: Yes.

Le président : Je suis étonné de la facture de 100 millions de dollars; cela me semble extrêmement élevé. Où va l'argent? Une bonne partie des choses dont vous parlez est faite par des bénévoles, n'est-ce pas? Alors, à quoi dépense-t-on l'argent?

Mme MacIssac : Eh bien, en Ontario, on compte 33 chapitres et on engage du personnel pour préparer le programme de formation qui est donné dans la collectivité. Nous n'embaucherions pas de personnel; nous ferions appel aux services des fournisseurs dans le réseau. Nous avons présenté une proposition au gouvernement provincial qui est fondée sur ce modèle, mais qui fait appel à plus de volontaires et de membres du réseau; nous ne sommes pas encore en mesure de dire si notre proposition a été approuvée dans le cadre du processus budgétaire.

Le président : Si cela ne vous gêne pas que je pose la question, quel est le coût, grossièrement?

Mme MacIssac : Nous avons inscrit 120 000 \$ au cours de la première année pour embaucher trois coordonnateurs en Nouvelle-Écosse qui travailleraient avec les collectivités pour déterminer qui seraient les membres des réseaux. L'aide pour le travail de bureau et la direction des réseaux une fois qu'ils seront en place, les frais d'administration, les frais de voyage et les frais de personnel des trois coordonnateurs sont inclus dans cette somme de 120 000 \$. Au cours de la première année, nous avons dit que nous élaborerions un cadre d'évaluation et que la troisième année, nous ferions une évaluation complète. En Ontario, on espère que ces réseaux deviendront autonomes financièrement. Nous avons affirmé que nous estimons qu'ils peuvent être autonomes financièrement après une période de trois ans parce que les autorités de santé régionales seraient une des parties à la table du réseau. Les seuls frais réels sont les frais d'administration et le salaire du coordonnateur.

Le président : Essentiellement, vous avez demandé 120 000 \$ par année pendant trois ans.

Mme MacIssac : Il s'agit de 120 000 \$ chaque année.

Le président : Le groupe qui était ici avant la pause du midi avait un budget de cet ordre de grandeur, n'est-ce pas? Cela doit épargner des sommes incroyables au système de santé. Cela semble si évidemment rentable que je demande si quelque chose ne m'échappe pas ici? Ou peut-être que rien ne m'échappe? Est-ce vraiment aussi rentable que cela?

Mme MacIssac : Eh bien, juste à partir de ce que nous avons réussi à accomplir avec le réseau de la démence au Cap-Breton, je pense que la seule chose qui nous échappe, c'est une occasion. Nous avons un coordonnateur à temps partiel là-bas et ce qu'ils ont réussi à faire en si peu de temps depuis la création du réseau est étonnant.

Le président : Maintenant, vous ne traitez que de la démence et de la maladie d'Alzheimer, est-ce exact?

Mme MacIssac : Oui.

The Chairman: However, logic says to me — and tell me if I am wrong in this — that the same process ought to work with respect to home care for individuals suffering from other types of mental illness. In other words, is there something unique about your structure that makes it work only for dementia?

Ms. MacIssac: No. In fact, I would say that the idea of having an overall mental health network would be a definite step in the right direction. I think that what could be brought to that is amazing, especially the involvement of the consumers in a mental health network. The work of the Capital District Health Authority, and I do not know if Steve Ayr was here —

The Chairman: Yes, he was.

Ms. MacIssac: Yes. That work is phenomenal. A larger mental health network could work.

The Chairman: It would be a little more expensive because you would have a few more bodies, but we are not talking about a huge expense, unless I am missing something. Are you likely to try that in the Cape Breton health district?

Ms. MacIssac: A mental health network? If the mental health networks roll out across the province we would definitely be a part of it. The seniors' population would certainly benefit from that.

Some of the mental health needs that you would find in adolescents, youth and even young adults are different from those of dementia. I worked in mental health for five years and with the Department of Health for 20 years.

Youth being cared for do not often see their caregiver as someone that they want to spend time with or that they want to depend on for care. The opposite is true for people being cared for by their spouse in their home and who are fearful of leaving their home, which is not the case for young adults and adolescents who are receiving mental health services. I would say that the needs for caregiver education and special home-based support are also very different. The respite aspect is different.

The Chairman: To that extent, the seniors, the young adults and the children's services are quite different. The seniors' aspect would not be dependent on it being Alzheimer's? It is more a function of the patient's age?

Ms. MacIssac: Yes. When I left the Department of Health I said what was most lacking — and I worked in acute care mental health and drug dependency policy and planning shops — was adolescent mental health, in particular, day programs for adolescents where they can convalesce with each other. They have a program here in Capital put on by Nancy Beck, and I do not know if you have heard about that or not, but that is a model where the youth themselves talk about how part of their recovery

Le président : Cependant, la logique me dit — et dites-moi si j'ai tort — que le même processus devrait fonctionner en ce qui a trait aux soins à domicile pour des personnes souffrant d'autres types de maladies mentales. En d'autres mots, y a-t-il quelque chose d'unique dans votre structure qui fait qu'elle fonctionne uniquement pour la démence?

Mme MacIssac : Non. En fait, je dirais que l'idée d'avoir un réseau global pour la maladie mentale serait certainement un pas dans la bonne direction. Je pense que ce que l'on pourrait apporter à cela est étonnant, surtout la participation des consommateurs dans un réseau de la santé mentale. Le travail du Capital District Health Authority, et je ne sais pas si Steve Ayr est venu ici...

Le président : Oui, il est venu.

Mme MacIssac : Oui. Ce travail est phénoménal. Un grand réseau de la santé mentale pourrait fonctionner.

Le président : Ce serait un peu plus coûteux parce qu'il y aurait un peu plus de monde, mais nous ne parlons pas d'une dépense énorme, à moins que quelque chose m'échappe. Y a-t-il des chances que vous essayez cela dans le district sanitaire du Cap-Breton?

Mme MacIssac : Un réseau de santé mentale? Si des réseaux de santé mentale s'implantent partout dans la province, nous voudrions certainement en faire partie. La population des personnes âgées en profiterait certainement.

Certains des besoins des adolescents, des jeunes et même des jeunes adultes en matière de santé mentale sont différents de ceux qui sont liés à la démence. J'ai travaillé dans le domaine de la santé mentale pendant cinq ans et au ministère de la Santé pendant 20 ans.

Les jeunes qui reçoivent des soins ne voient pas souvent leurs aidants comme des gens avec qui ils veulent passer du temps ou dont ils veulent dépendre pour obtenir des soins. Le contraire est vrai dans le cas des personnes qui reçoivent des soins à domicile par leur conjoint et qui ont peur de quitter leur maison, ce qui n'est pas le cas des jeunes adultes et des adolescents qui reçoivent des services de santé mentale. Je dirais que les besoins pour la formation des aidants et le soutien spécial à domicile sont également très différents. L'aspect répit est différent également.

Le président : À cet égard, les services pour les personnes âgées, les jeunes adultes et les enfants sont assez différents. Dans le cas des personnes âgées, est-ce que cela ne dépend pas du fait qu'il s'agit de la maladie d'Alzheimer? Est-ce plus une fonction de l'âge du patient?

Mme MacIssac : Oui. Lorsque j'ai quitté le ministère de la Santé, j'ai dit que la plus grande lacune — et j'ai travaillé en soins aigus en matière de santé mentale et dans des services d'élaboration des politiques et de planification touchant la dépendance à l'égard des drogues —, c'était la santé mentale des adolescents, en particulier, des programmes de soins de jour pour les adolescents où ils peuvent faire leur convalescence ensemble. Il y a un programme ici dans la capitale mis sur pied

and healing is a result of that because they get life skills; they get counselling; a whole variety of services that are directed toward adolescents.

The Chairman: Who runs it? I know Nancy does, but under what authority?

Ms. MacIssac: It is under Capital District Health Authority. Nancy is the head of that. It is an outreach day program.

The Chairman: She was here, right? Yes.

Ms. MacIssac: The young people really talk it up themselves.

Coming back to your point, Senator Kirby, about would we be part of a broader mental health network? Yes. Would we still need better integration of dementia services themselves? Yes. Geriatrics is not an attractive area, in the same way mental health overall is not. It is just not sexy in the health care system.

Senator Pépin: It is not attractive to be surrounded by elderly persons.

Ms. MacIssac: Yes. I think people become engaged in acute care right from the time they are in medical school, whether it is surgery, orthopedics, oncology or whatever. Looking after the elderly or people with mental illness just has not been the Canadian health care system's priority.

The Chairman: Tell me about what one really needs to do for the family caregiver. I understand you said respite is not just time off to go shopping et cetera, but time off also to go to support groups and take a break. Are there other supports that family caregivers need? They take on an awful burden.

Ms. MacIssac: I know. I think being part of a support group makes a huge difference for many of them. We have 33 support groups in the province, so that support makes a big difference on the ground.

The Chairman: Are the members of support groups all people who are in the same situation?

Ms. MacIssac: Yes, they are sharing their experiences. The support groups are not really for people who have the disease. They are for the caregivers. They talk about the burden that they are experiencing and how they do not want to make the person with the disease feel bad.

The Chairman: Do professionals attend these support groups?

Ms. MacIssac: We run ours with volunteers, but it just happens that some of them are people who worked in health care or who have lost a loved one to the disease.

Senator Cordy: How do you make sure that people actually use these services? Human nature being what it is, particularly in women — and I do not want to stereotype but it is true — people

par Nancy Beck et je ne sais pas si vous en avez entendu parler ou non, mais il s'agit d'un modèle où les jeunes eux-mêmes disent qu'une bonne partie de leur rétablissement et de leur guérison est le résultat de ce programme, parce qu'il leur permet d'obtenir des connaissances élémentaires, des services de counselling et une grande variété de services qui sont axés sur les adolescents.

Le président : Qui dirige ce programme? Je sais que c'est Nancy, mais sous quelle autorité?

Mme MacIssac : Cela relève du Capital District Health Authority. Nancy est à la tête du programme. Il s'agit d'un programme d'action communautaire de jour.

Le président : Elle était ici, n'est-ce pas? Oui.

Mme MacIssac : Les jeunes en font eux-mêmes l'éloge.

Pour revenir à votre question, sénateur Kirby, à savoir si nous ferions partie d'un plus vaste réseau de santé mentale, ma réponse est oui. Aurions-nous encore besoin d'une meilleure intégration des services liés à la démence? Oui. La gériatrie n'est pas un domaine attrayant, de même que la santé mentale, dans l'ensemble. Ce n'est pas très chic dans le système de soins de santé.

Le sénateur Pépin : Ce n'est pas attrayant d'être entouré de personnes âgées.

Mme MacIssac : Oui. Je crois que les gens s'occupent de soins actifs dès qu'ils entrent à l'école de médecine, que ce soit en chirurgie, en orthopédie, en oncologie, et cetera. Les soins aux personnes âgées ou aux personnes atteintes de maladies mentales n'ont pas la priorité dans le système de soins de santé au Canada.

Le président : Parlez-moi de ce qu'il faut faire pour le soignant. Vous avez dit qu'un répit, ce n'était pas simplement avoir du temps pour aller magasiner, et cetera, mais avoir du temps pour fréquenter des groupes de soutien et prendre une pause. Y a-t-il d'autres soutiens dont les soignants ont besoin? Ils doivent porter un énorme fardeau.

Mme MacIssac : Je sais. Dans bien des cas, faire partie d'un groupe de soutien fait toute la différence. Nous avons 33 groupes de soutien dans la province, dont l'apport est énorme sur le terrain.

Le président : Les membres de groupe de soutien sont-ils tous dans la même situation?

Mme MacIssac : Oui, ils partagent leurs expériences. Les groupes de soutien ne s'adressent pas vraiment aux gens qui ont la maladie, mais plutôt aux soignants. Ces derniers parlent du fardeau qu'ils supportent et disent à quel point ils ne veulent pas rendre le malade mal à l'aise.

Le président : Est-ce que des professionnels participent à ces groupes de soutien?

Mme MacIssac : Nos groupes sont dirigés par des bénévoles, mais certains d'entre eux sont des gens qui ont travaillé dans le domaine des soins de santé ou qui ont perdu un être cher à cause de la maladie.

Le sénateur Cordy : Comment faites-vous pour vous assurer que les gens utilisent vraiment ces services? La nature humaine étant ce qu'elle est, particulièrement chez la femme — et je ne veux

tend to say, "I can do it, I can do it." However, a 75-year-old caring for another 75-year-old cannot do it day after day. You talked about a referral; would that be to the VON? Who would know that this family needed a referral?

Ms. MacIssac: The referral is for everyone who is diagnosed with dementia. It is becoming part of the formal health care system to have a referral to those supports, just as, if you needed a referral for drug treatment, it would automatically happen. This is a referral for the person with the disease and the caregiver at the time of diagnosis.

Senator Cordy: Does the caregiver often have to be persuaded to leave the home? You are absolutely right; the person who needs the care becomes more and more clingy and does not want the caregiver to leave, and the person who is leaving tends to feel guilty about it.

Ms. MacIssac: Yes. I think that home care is further ahead in some of the Western provinces than it is in Nova Scotia. Right now I would say persons with dementia are falling through the gaps, because once you have met the criteria for chronic home care, there are 78 respite beds for the entire province that you have to access through a single entry point. Therefore, first, there is no assessment tool. One has been researched at Mount Saint Vincent by Janice Keefe that assesses caregivers' needs at the same time that the needs of the person with the dementia are assessed. That would make a huge difference in the care and treatment of people, if you looked not only at the person with the disease but at the family as a unit, and then the referral would be automatic.

The most important issue right now is it is a burden to try to take people with dementia out of their home in order to get that respite, and often, caregivers will not do that. An unfamiliar environment often makes dementia worse. By using a health care professional, not a volunteer, for this component, and expanding home care, public health, nurse practitioner or mental health practitioner services to go into the home to provide respite, you can provide a service to a person with dementia. Those practitioners are trained to know what to do, and meanwhile, the caregivers are caring for themselves and going outside the home for respite.

The Chairman: When people talk about Alzheimer's in ordinary, run-of-the-mill conversations, you do not detect the same stigma as is attached to mental illness. Why is that? If you tell someone you have a mentally ill parent as opposed to saying you have someone with Alzheimer's or dementia, the reaction is quite different.

Ms. MacIssac: I think actually there is a high degree of stigma, because when people have a spouse with dementia, often they will be reluctant to go out socially and take their partner with them because they might do things that would embarrass them. They kind of hide away in the community and become less visible. A big part of the reason they do that is the stigma.

pas tomber dans le stéréotype, mais c'est la vérité —, les gens ont tendance à dire « Je peux le faire, je peux le faire ». Toutefois, une personne de 75 ans ne peut pas soigner jour après jour une autre personne du même âge. Vous avez parlé d'un système d'aiguillage; dirigerait-on les gens vers l'organisme VON? Qui peut savoir qu'une famille a besoin d'un service d'aiguillage?

Mme MacIssac : Le service d'aiguillage est destiné à quiconque reçoit un diagnostic de démence. Il fait maintenant partie du système de soins de santé officiel, comme ce service est automatiquement offert si vous devez recevoir un traitement pour toxicomanie. Ce service est offert à la personne malade et au soignant au moment du diagnostic.

Le sénateur Cordy : Faut-il souvent persuader le soignant de quitter la maison? Vous avez absolument raison; la personne qui a besoin de soins s'agrippe de plus en plus et ne veut pas que le soignant parte, et la personne qui part a tendance à se sentir coupable.

Mme MacIssac : Oui. Je crois que certaines provinces de l'Ouest sont en avance sur la Nouvelle-Écosse en ce qui a trait aux soins à domicile. À l'heure actuelle, je dirais que les personnes atteintes de démence passent entre les mailles du filet, parce que lorsque vous répondez aux critères pour les soins chroniques à domicile, il y a 78 lits réservés aux soins de relève dans toute la province, dont l'accès se fait par une seule porte d'entrée. Il n'y a donc pas d'outil d'évaluation. Janice Keefe a effectué des recherches dans ce sens à Mount Saint Vincent afin d'évaluer les besoins du soignant en même temps que les besoins de la personne atteinte de démence. Les soins et les traitements seraient bien différents si on ne regardait pas seulement la personne malade, mais la famille dans son ensemble, et l'aiguillage serait alors automatique.

Le plus grand problème actuellement, c'est qu'il est très difficile de sortir les gens atteints de démence de leur maison afin d'obtenir ce répit, et très souvent, les soignants ne le font pas. Un milieu inconnu aggrave souvent les symptômes de démence. En faisant appel à un professionnel de la santé, et non à un bénévole, pour ce volet, et en augmentant les soins à domicile, les soins de santé publique et les services d'intervenant en soins infirmiers ou en santé mentale pour assurer cette relève à la maison, vous pouvez fournir un service à une personne atteinte de démence. Ces intervenants sont formés et savent quoi faire et, pendant ce temps, les soignants peuvent s'occuper d'eux-mêmes et sortir de la maison pour un peu de répit.

Le président : Lorsque les gens parlent de la maladie d'Alzheimer dans leurs conversations de tous les jours, vous ne sentez pas les mêmes préjugés qui sont liés à la maladie mentale. Pourquoi? Si vous dites à quelqu'un que vous avez un parent atteint d'une maladie mentale plutôt que de la maladie d'Alzheimer ou de démence, la réaction est bien différente.

Mme MacIssac : Je crois en fait qu'il y a beaucoup de préjugés, parce que lorsque votre conjoint est atteint de démence, vous hésitez souvent à sortir en sa compagnie parce qu'il pourrait faire des choses gênantes. Vous restez à part et vous vous effacez, en grande partie à cause des préjugés.

The Chairman: It is more than I would have thought.

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Pépin: If you say that your spouse is suffering from Alzheimer's, people will say, "Oh, my God" and they will be much more supportive. I think that people will say, "Well, it is a mental disease." They will say, "Oh yes, it is a terrible disease," and things like that.

Ms. MacIssac: Yes. I think the fact that there are physical elements to dementia, more so than with other mental illnesses, is a factor too in comparison with the increased stigma of mental illness in the younger population. It is less physical. However, with dementia there is a real physical element to the disease whereby the brain cells are being broken down and deteriorating.

Senator Cordy: Is it easier to become invisible when you get older?

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Cordy: It is easier to say, "I am tired" or "We are too tired" than it is in your 20s or 30s.

Ms. MacIssac: Yes. The fifth point on our list is about medications. If I have cancer I will get chemotherapy because the health care system does not want the disease to get progressively worse. If I have dementia, medication will help me in terms of preventing the disease from progressing. When a drug is not on the formulary — for instance, right now there is a mid-stage drug in front of the drug review board — you do not get back that time as you get worse. If you go on the drug, you do not go revert and get better; your symptoms do not get better. You do not get that time back. If I had schizophrenia or bi-polar disorder or something of that nature and went on medications, it does not matter whether I go on them today or six months from now, we can be optimistic that the drugs will have an impact. If over six months I have progressively deteriorated from early-stage to mid-stage dementia, I do not get that time back and the impact of the drugs will be diminished. Early diagnosis, early intervention and early support are important so that caregivers are not lost in the system. To do that, we really need that third-party referral system whereby right upon diagnosis, you are linked to the society. Right upon diagnosis your community is working on issues of education, research and coordination of services at the community level.

The Chairman: Are drugs covered?

Ms. MacIssac: Only some drugs. In some provinces, you have to be tested to prove which stage you are at in order to access them.

The Chairman: What about Nova Scotia?

Ms. MacIssac: Some drugs are covered, but others are still under review.

Le président : C'est plus que ce que j'aurais pensé.

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Pépin : Si vous dites que votre conjoint souffre de la maladie d'Alzheimer, les gens diront « Oh, mon Dieu » et vont davantage vous offrir leur soutien. Je crois que les gens diront « Eh bien, c'est une maladie mentale. Oui, c'est une maladie terrible », des choses comme ça.

Mme MacIssac : Oui. Le fait qu'il y ait plus de symptômes physiques rattachés à la démence qu'à d'autres maladies mentales a aussi une influence, en comparaison avec les préjugés entourant la maladie mentale chez les jeunes, qui est moins physique. La démence s'accompagne de symptômes physiques, puisque les cellules du cerveau se détériorent.

Le sénateur Cordy : Est-ce plus facile de s'effacer lorsque vous êtes plus vieux?

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Cordy : C'est plus facile de dire « Je suis fatigué » ou « Nous sommes trop fatigués » que si vous êtes dans la vingtaine ou la trentaine.

Mme MacIssac : Oui. Le cinquième point sur notre liste porte sur les médicaments. Si j'ai le cancer, je vais suivre une chimiothérapie parce que le système de soins de santé ne veut pas que la maladie empire. Si je suis atteinte de démence, les médicaments vont m'aider en empêchant la maladie de progresser. Lorsqu'un médicament n'est pas inscrit sur la liste — par exemple, un médicament de phase intermédiaire est actuellement étudié par le Comité d'examen des médicaments —, vous ne retrouvez pas le temps perdu lorsque votre état s'aggrave. Si vous prenez le médicament, vous ne revenez pas en arrière et vous n'allez pas mieux; vos symptômes ne vont pas s'atténuer. Vous ne rattrapez pas le temps perdu. Si je suis atteinte de schizophrénie, de trouble bipolaire ou pareille maladie et que je prends des médicaments, il importe peu que je commence à les prendre aujourd'hui ou dans six mois, le médicament aura fort probablement un effet. Par contre, si dans un intervalle de six mois, la démence dont je suis atteinte passe de la phase initiale à la phase intermédiaire, je ne peux pas revenir en arrière et l'effet du médicament sera moindre. Un diagnostic, une intervention et un soutien précoces sont importants pour éviter que les soignants ne se perdent dans le système. Pour cela, nous avons vraiment besoin d'un système d'aiguillage par un tiers qui permet de jeter un pont avec la communauté dès qu'un diagnostic est posé. Dès ce moment-là, votre communauté s'occupe des questions d'éducation et de recherche et de la coordination des services.

Le président : Les médicaments sont-ils couverts?

Mme MacIssac : Seulement quelques-uns. Dans certaines provinces, vous devez subir des tests pour montrer à quelle phase vous en êtes pour pouvoir y avoir accès.

Le président : Et en Nouvelle-Écosse?

Mme MacIssac : Certains médicaments sont couverts, mais d'autres sont encore à l'étude.

Senator Cook: You are back to the formulary. The same thing applied to the drug of choice for schizophrenia. In my province there has been a hue and cry about getting the drug of choice for Alzheimer's.

I personally do not see the stigma with Alzheimer's, because it is a part of the aging process that, if we live long enough, we will all experience; it is a kind of end of life phenomenon. How often will someone say of an older person, "Oh, he or she is such an age and as smart as a tack"? There is a qualifier there. I think Alzheimer's is a fancy name for losing your memory and we know a lot now that we did not before. My grandfather had Alzheimer's, but we did not know it. We just thought he was difficult and we cared for him.

The Chairman: Or words like "senile" were used.

Senator Cook: Yes. In Newfoundland we would say "low minded."

We noticed with Grandfather Cook that it changed his personality and he swore like a trooper. He never swore in his life. This amazed us. He was cute. For a long time he hid it. He was a farmer of the old school. We only noticed it when one day he asked about my oldest girl, who the little boy was, because she had overalls on. However, that is part of growing old and I do not see the same stigma around Alzheimer's that I do around mental health issues.

Ms. MacIssac: I would agree with you to a certain extent that the stigma is more around adolescent and young adult mental health problems. However, in terms of whether it is a normal part of aging, we point out in all of our literature that that is a prevalent myth in society. Alzheimer disease is not a normal part of aging. It is a disease. It is like diabetes, you either have the disease or you do not. Most will not suffer from the disease as they age, but 25 per cent of families will experience someone in their family with dementia. We are currently working diligently on the cause and the cure and many advances are being made. The drugs that are being produced now are having an impact on slowing the progression of the disease. There is new cell research that may even lead to a cure.

Also, the other point is that, perhaps because we have become more aware of the disease, it is occurring more and more in younger people — early onset. We do have to be very aware that it is not just older seniors who are faced with this as a daily part of life, but it is affecting a large segment of the population at younger ages.

Senator Pépin: When you say "younger age," starting at?

Ms. MacIssac: There can be early onset at age 30, 40, 50.

Le sénateur Cook : On revient à la liste. C'était la même chose pour le médicament de choix pour le traitement de la schizophrénie. Dans ma province, on a réclamé à grands cris le médicament de choix pour la maladie d'Alzheimer.

Personnellement, je ne vois pas de préjugés à l'égard de la maladie d'Alzheimer, parce que ça fait partie du processus de vieillissement dont nous allons tous faire l'expérience si nous vivons assez longtemps; c'est un phénomène de fin de vie. Combien de fois on dira d'une personne âgée « Oh, elle a tel âge, mais elle a encore toute sa tête »? On porte un jugement ici. Je crois que « Alzheimer » est un beau mot pour dire que vous perdez la mémoire, et nous en savons beaucoup plus aujourd'hui qu'autrefois. Mon grand-père était atteint de la maladie d'Alzheimer, mais nous ne le savions pas. Nous pensions simplement qu'il était difficile et nous prenions soin de lui.

Le président : On utilisait aussi des mots comme « sénile ».

Le sénateur Cook : Oui. À Terre-Neuve, on aurait dit « faible d'esprit ».

Chez le grand-père Cook, nous avons remarqué que sa personnalité changeait et qu'il jurait comme un charretier. Il n'avait jamais juré de toute sa vie. Ça nous étonnait. Il était charmant. Pendant longtemps, il a dissimulé son état. C'était un agriculteur de la vieille école. Nous avons soupçonné quelque chose le jour où il a demandé qui était le petit garçon qui portait des salopettes; c'était ma sœur aînée. Toutefois, ça fait partie du processus de vieillissement et je ne vois pas les mêmes préjugés à l'égard de la maladie d'Alzheimer qu'à l'égard des maladies mentales.

Mme MacIssac : Je suis d'accord avec vous dans une certaine mesure pour dire que les préjugés concernent davantage les problèmes de santé mentale chez les adolescents et les jeunes adultes. Toutefois, quand vous dites qu'il s'agit d'un processus normal du vieillissement, nous disons dans toute notre documentation qu'il s'agit d'un mythe très répandu dans la société. La maladie Alzheimer n'est pas un processus normal du vieillissement. C'est une maladie. Tout comme le diabète, vous avez la maladie ou vous ne l'avez pas. La plupart ne souffrent pas de cette maladie à mesure qu'ils vieillissent, mais 25 p. 100 des familles verront un de leurs membres atteint de démence. Nous travaillons sans relâche sur la cause et le remède, et de nombreux progrès sont réalisés. Les médicaments produits maintenant réussissent à ralentir la progression de la maladie. Une nouvelle recherche sur les cellules pourrait même conduire à un traitement curatif.

Par ailleurs, est-ce parce que nous sommes davantage sensibilisés, mais nous constatons que la maladie touche de plus en plus de personnes plus jeunes; elle se manifeste plus tôt. Il faut savoir que ce n'est pas seulement les personnes âgées qui doivent composer avec ce problème dans la vie de tous les jours, mais que la maladie touche bon nombre de personnes plus jeunes.

Le sénateur Pépin : Lorsque vous dites « plus jeune », c'est à quel âge?

Mme MacIssac : Les premiers signes peuvent paraître à 30, 40 ou 50 ans.

The Chairman: Some of the staff may remember way back when someone talked to us, in Ontario somewhere I think, about a 30-year-old individual in a mental institution who had Alzheimer's, although admittedly it is rare.

It is obvious that the kind of support you people provide is much better for the patients and more economical than putting them in an institution somewhere, which is the other realistic alternative. Has anybody done a study of the cost effectiveness? The reason I ask is that people are always talking about how to make the health care system more efficient.

Ms. MacIssac: Sustainable.

The Chairman: Have there been any data collected or has a study been done? Does anybody know if there have been studies on that?

Ms. MacIssac: I do not, other than an analysis of the cost of treating persons with dementia in acute care and long-term care settings, and that was \$5.5 billion. The Canadian Medical Association did that study and published it in one of their journals.

The Chairman: However, that is the cost to society. I was trying to understand the cost if the Alzheimer society, the family caregiver and so on looked after someone versus an institution. We should try to find that out. Somebody must have done that work somewhere along the way. When I look at \$120,000 a year and \$1,500 a day per hospital bed, just intuitively it has to be hugely cost effective.

Ms. MacIssac: Well, 63 per cent of people say that it allows them to keep their loved one at home, which is their preferred option. I can understand that palliative care research would indicate that some do not want the responsibility of a palliative care scenario at home. Although we are also advocating that there are not enough palliative care home-based options either. The end of life is a very difficult time for a family. However, if 63 per cent of those assessed in the survey are saying it will allow them to retain someone in their home longer, it just seems to make sense.

The Chairman: Knowing how everything in the health care system now is driven by money, it would be nice if we could establish that it is not only the right thing to do for the patient, but in fact there is no excuse for governments not to do it because it actually saves them money. That is why I would like to see if we could find hard evidence. We will check with your national association. I cannot believe somewhere along the line somebody has not —

Ms. MacIssac: — done a cost/benefit assessment. Yes.

The Chairman: Exactly. On the medication side, as you say, it depends on whether or not it is on the provincial formulary. That is the issue, right?

Ms. MacIssac: Yes.

Le président : Certains membres du comité se souviendront peut-être qu'un témoin nous avait parlé, quelque part en Ontario, je crois, d'une personne de 30 ans qui se trouvait dans un établissement psychiatrique et qui était atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais il faut admettre que c'est rare.

Il est clair que le soutien que vous offrez est bien meilleur pour les patients et c'est plus économique que de les placer dans un établissement quelconque, ce qui est l'autre option réaliste. A-t-on effectué une étude sur l'efficacité par rapport aux coûts? Je pose la question parce que les gens se demandent toujours comment le système de soins de santé pourrait être plus efficace.

Mme MacIssac : Viable.

Le président : Est-ce que des données ont été recueillies ou une étude, effectuée? Est-ce que quelqu'un sait si des études ont été menées à ce sujet?

Mme MacIssac : Je ne sais pas, mis à part une analyse des coûts du traitement des personnes atteintes de démence dans des établissements de soins actifs et de soins de longue durée, et ces coûts s'élevaient à 5,5 milliards de dollars. L'Association médicale canadienne a effectué cette étude et l'a publiée dans une de ses revues.

Le président : Toutefois, ce sont les coûts pour la société. J'essayais de voir quels sont les coûts si la Société Alzheimer et le soignant s'occupent du malade, par rapport aux coûts dans un établissement. Nous devrions trouver ces chiffres. Quelqu'un a dû faire cette étude quelque part. Quand je pense qu'il vous faut 120 000 \$ par année et qu'un lit d'hôpital coûte 1 500 \$ par jour, j'en déduis que ce doit être immensément efficace par rapport aux coûts.

Mme MacIssac : Eh bien, 63 p. 100 des gens disent que cela leur permet de garder l'être cher à la maison, et c'est ce qu'ils préfèrent. Je peux comprendre que la recherche en soins palliatifs montrerait que certaines personnes ne veulent pas avoir la responsabilité de prodiguer des soins palliatifs à la maison. Nous disons par ailleurs qu'il n'y a pas non plus assez d'options à cet effet. La fin de vie est une période très difficile pour la famille. Toutefois, si 63 p. 100 des gens interrogés disent qu'ils peuvent ainsi garder la personne plus longtemps à la maison, la logique semble s'imposer.

Le président : Comme nous savons que tout le système de santé est maintenant fonction d'argent, ce serait bien si nous pouvions démontrer non seulement que c'est la bonne chose à faire pour le patient, mais que le gouvernement n'a en fait aucune excuse de ne pas faire ces choses, puisque il pourrait ainsi économiser. C'est pour cette raison que j'aimerais voir si nous pouvons trouver des preuves solides. Nous allons vérifier auprès de votre association nationale. Je ne peux pas croire que personne n'a...

Mme MacIssac : ... effectué une analyse coût-avantage. Oui.

Le président : Exactement. Quant au médicament, comme vous le dites, tout dépend s'il se trouve ou non sur la liste provinciale. C'est là le problème, n'est-ce pas?

Mme MacIssac : Oui.

The Chairman: It is slow getting onto the provincial formulary because the government does not want to pay the cost. Is that basically it?

Ms. MacIssac: Yes. For instance, just to give you an example, one of our board members with dementia, Fred West, is doing promotions with the national society. Before he went on the early-stage drug he was unable to read, to drive, and was forgetting everything. It is a bit uncommon, because usually you do not gain that ground back, but now he is an active board member. He is reading. He is driving. His entire quality of life and, therefore, the quality of life of his wife have been affected by access to this drug.

The Chairman: Who pays for his drugs? Who pays for his medications?

Ms. MacIssac: He would have a medical plan, if it is on the formulary. If not he would have to pay for it himself.

The Chairman: When you say a "medical plan," the government is not paying for it?

Senator Cook: If it is on the formulary the government pays.

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Pépin: It is insurance if you have a private plan.

Ms. MacIssac: Right.

The Chairman: The government pays even though you are not taking it in a hospital; you are taking it at home?

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Cochrane: I would like to know how much research is done on drugs for Alzheimer's. Do you have any idea?

Ms. MacIssac: I am probably not the most qualified person to answer that, but we have an extensive research group right here in Nova Scotia working on new drugs in this area. The research community is quite strong.

Senator Cochrane: I have heard concerns from a lot of family members of people who leave their homes to go into an institution that the nurses and staff will give these people a drug just to keep them low key.

Ms. MacIssac: A sedative.

Senator Cochrane: Yes, so they are not wandering or shouting out. You have heard some if it.

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Cochrane: I wonder, is that the right way to do it? I do not know.

Le président : On tarde à l'inscrire sur la liste provinciale parce que le gouvernement ne veut pas en assumer le coût. Est-ce bien cela?

Mme MacIssac : Oui. Pour vous donner un exemple, un des membres de notre conseil d'administration atteint de démence, Fred West, fait des campagnes de promotion avec la société nationale. Avant qu'il ne prenne le médicament de phase initiale, il était incapable de lire et de conduire et il oubliait tout. C'est un peu inhabituel, parce qu'il est rare qu'on récupère ainsi, mais il est aujourd'hui un membre actif du conseil d'administration. Il peut lire et conduire. Toute sa qualité de vie et, par conséquent, celle de son épouse ont été transformées par ce médicament.

Le président : Qui paie ses médicaments?

Mme MacIssac : Il doit avoir un régime d'assurance médicale, si le médicament se trouve sur la liste. Sinon, il doit le payer lui-même.

Le président : Lorsque vous dites un « régime d'assurance médicale », cela signifie que le gouvernement ne paie pas les médicaments?

Le sénateur Cook : Si le médicament est sur la liste, le gouvernement paie.

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Pépin : C'est votre compagnie d'assurance qui paie si vous avez un régime privé.

Mme MacIssac : Tout à fait.

Le président : Le gouvernement paie même si vous ne prenez pas le médicament à l'hôpital, mais bien à la maison?

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Cochrane : J'aimerais savoir combien de travaux de recherche sont effectués relativement aux médicaments liés à la maladie d'Alzheimer. En avez-vous une idée?

Mme MacIssac : Je ne suis probablement pas la personne la plus qualifiée pour répondre à cette question, mais il y a un important groupe de recherche ici, en Nouvelle-Écosse, qui s'intéresse aux nouveaux médicaments dans ce domaine. Le milieu de la recherche est assez dynamique.

Le sénateur Cochrane : Beaucoup de personnes m'ont dit que des malades étaient placés dans un établissement où les infirmières et le personnel leur donnaient un médicament simplement pour qu'ils restent tranquilles.

Mme MacIssac : Un sédatif.

Le sénateur Cochrane : Oui, pour éviter qu'ils se promènent ou qu'ils crient. Vous en avez entendu parler.

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Cochrane : Je me demande, est-ce la bonne chose à faire? Je ne le sais pas.

Ms. MacIssac: I think that there are important considerations in creating an environment for people with dementia. One of your colleagues mentioned earlier that she visited a site in Montreal recently where they had an external garden, with fences that people could see through and where they allow wandering.

There are best practices for facility construction in long-term care for people with dementia that are progressive. Our province is currently becoming aware of many of them and is actually looking at them as models. However, we have a long way to go. I would say there is still some warehousing and overmedication occurring within the long-term care sector. I think there is an opportunity to change the physical and pharmacological environment in which people with dementia are currently living.

Senator Cook: In Newfoundland, the Glenbrook Lodge has a garden for the Alzheimer's unit.

The Chairman: It is fenced, it is enclosed?

Senator Cook: Yes. It is locked inside. However, the patients on the unit can wander there and they can wander out through the open door. We had an architect design it about seven years ago. We have an Alzheimer's walk, because the patients tend to walk in circles, and that has been an incredible place; and the calming effect on —

Ms. MacIssac: It would be really helpful if provincial governments would develop policy around creating friendly environments for those with dementia when they are building long-term care facilities.

Senator Cook: Ours cost \$45,000, and we raised the money ourselves. The next time you go up Torbay Road, if you look to the north side of Glenbrook Lodge, you will see a beautiful garden.

The Chairman: I was in one of those actually in Calgary, visiting with the mother of a friend. It was a long-term care home and the lady I was visiting was in the nursing home section, not the dementia section. However, I went through the dementia part, and you are right, it is quite amazing, the effect of the garden, and patients can go outside. There is a bench where you can sit down.

Senator Cochrane: I was wondering earlier if that was privately funded. I have a feeling it is.

Ms. MacIssac: That is the kind of facility that everyone should have a right to.

Senator Cochrane: That is right. Yes.

Mme MacIssac : Je pense qu'il y a d'importantes considérations à prendre en compte dans la création d'un environnement pour les personnes atteintes de démence. Une de vos collègues a mentionné qu'elle avait récemment visité un établissement, à Montréal, où a été aménagé un jardin clôturé, mais ouvert sur l'extérieur, où les pensionnaires peuvent flâner.

Il existe des pratiques exemplaires pour la construction d'installations destinées à offrir des soins de longue durée à des personnes atteintes de démence évolutive. Notre province est en train d'en examiner plusieurs sérieusement et les considère d'ailleurs comme des modèles. Toutefois, il nous reste un long chemin à parcourir. Il faut dire qu'on parque encore beaucoup les gens et qu'il y a de la surconsommation de médicaments dans les centres de soins de longue durée. Je crois qu'on peut changer l'environnement physique et pharmacologique dans lequel les personnes atteintes de démence vivent actuellement.

Le sénateur Cook : À Terre-Neuve, au Glenbrook Lodge, il y a un jardin réservé à l'unité des soins pour personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

Le président : Est-il clôturé, fermé?

Le sénateur Cook : Oui. Il se trouve dans l'enceinte de l'établissement. Toutefois, les patients de l'unité peuvent s'y promener librement quand la porte est ouverte. C'est un architecte qui l'a imaginé il y a environ sept ans. Dans ce jardin, il y a une allée spécialement conçue pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer car il faut savoir que ces personnes ont tendance à marcher en cercle. C'est un endroit incroyable; et l'effet calmant sur...

Mme MacIssac : Ce serait vraiment utile que les gouvernements provinciaux se dotent d'une politique destinée à créer des environnements adaptés aux personnes atteintes de démence pour les nouveaux établissements de soins de longue durée.

Le sénateur Cook : Le nôtre coûte 45 000 \$, et nous le finançons nous-mêmes. La prochaine fois que vous viendrez, remontez le chemin Torbay, regardez en direction de l'aile nord du Glenbrook Lodge et vous y apercevrez un magnifique jardin.

Le président : J'en ai vu un semblable à Calgary, un jour que je rendais visite à la mère d'un ami. C'était un établissement de soins de longue durée, et la personne que j'étais allé voir se trouvait dans la maison de repos, pas dans la section réservée aux patients atteints de démence. Mais je suis passé par cette section et, vous avez raison, c'est très étonnant l'effet que produit ce jardin; les patients peuvent sortir y prendre l'air. Il y a aussi un banc sur lequel on peut s'asseoir.

Le sénateur Cochrane : Je me demandais un peu plus tôt si cela avait été financé grâce à des fonds privés. J'ai l'impression que oui.

Mme MacIssac : Tout le monde devrait avoir le droit d'obtenir une place dans ce genre d'établissement.

Le sénateur Cochrane : Absolument.

Do you have many cases where the wife and the husband go into the institution together? We have had that in our area, where both partners go to the institution and one has Alzheimer's and the other does not. They go as husband and wife.

Ms. MacIssac: Yes. I think that kind of consideration probably needs to be looked at as well.

There are facilities now, and we have one here in Capital called Northwood, which have an array of services and housing options under the same facility so that as people's needs change — and I am not talking about necessarily dementia, but about a person who has care needs — they can progress through different options. That should be looked to as well.

Senator Cochrane: Yes, the options are wonderful.

The Chairman: Certainly, if you look at the homes being built in the private sector, typically, they accommodate stages.

Ms. MacIssac: Yes.

The Chairman: You start off in what I would call a classic retirement home, and then it just depends on the amount of care you need, because that way you are not changing your environment. There is a degree of familiarity.

Ms. MacIssac: We would like all provincial governments to have policies that support dementia-friendly environments.

The Chairman: However, that has not happened anywhere at this stage?

Ms. MacIssac: Not yet. I do not think so.

The Chairman: Any other advice you have for us?

Ms. MacIssac: One of the other important points is the fifth one, about a dementia strategy, and that has been put forward. There are fundamental items within that framework — we did not bring copies but we can send you one — that speak to the federal and provincial governments working with community-based organizations on a strategy in which both levels of government can support a variety of the needs of people with dementia. Right now it is a private member's motion. There is a lot of detail within that to support a direction for a national strategy.

The Chairman: Yes. We probably have that, but if we do not we will get it from you.

Ms. MacIssac: It is on the NACA website.

The Chairman: NACA is your national association?

Ms. MacIssac: Yes.

Y a-t-il beaucoup de cas où le mari et la femme se retrouvent ensemble? Il y en a chez nous. Les conjoints vivent dans la même institution; l'un est atteint d'Alzheimer et l'autre pas, mais ils viennent en couple.

Mme MacIssac : Oui. Je pense qu'il faudrait aussi examiner ce genre de possibilité.

Actuellement, il existe des établissements, dont un ici dans la capitale qui s'appelle Northwood, qui offrent toute une gamme de services et différents modes d'hébergement. Comme les besoins changent avec le temps — et je ne parle pas nécessairement des patients atteints de démence, mais aussi des personnes qui nécessitent des soins —, les gens peuvent se prévaloir des différentes options qui s'offrent à eux. C'est donc une possibilité qu'il faudrait aussi examiner.

Le sénateur Cochrane : Oui, c'est merveilleux.

Le président : Chose certaine, habituellement, les établissements construits par le secteur privé offrent des services adaptés.

Mme MacIssac : Oui.

Le président : Vous rentrez dans ce que j'appellerais une maison de retraite classique, et ensuite, tout dépend de la quantité de soins dont vous avez besoin. De cette façon, vous ne changez pas d'environnement; vous restez dans un milieu qui vous est familier.

Mme MacIssac : Nous voudrions que tous les gouvernements provinciaux adoptent des politiques favorables à la création d'environnements propices aux personnes atteintes de démence.

Le président : Mais cela n'existe pas encore à ce stade-ci, n'est-ce pas?

Mme MacIssac : Non. Je ne crois pas.

Le président : Avez-vous d'autres conseils à nous donner?

Mme MacIssac : Le cinquième point, qui concerne la stratégie en matière de démence qui a été mise de l'avant, est aussi important. Il présente un cadre articulé autour d'éléments fondamentaux — nous n'en avons pas apporté d'exemplaires, mais nous pourrions vous en envoyer —, en vertu desquels on recommande aux gouvernements fédéral et provinciaux de travailler avec des organisations communautaires à l'élaboration d'une stratégie grâce à laquelle les deux ordres de gouvernement pourront répondre aux différents besoins des personnes atteintes de démence. Actuellement, c'est sous la forme d'une motion d'initiative parlementaire. Celle-ci contient beaucoup de détails sur la promotion d'une stratégie nationale.

Le président : Oui. Nous avons probablement ce document, mais si ce n'est pas le cas, nous vous demanderons de nous en envoyer des copies.

Mme MacIssac : C'est sur le site Web du Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Le président : Est-ce votre association nationale?

Mme MacIssac : Oui.

Senator Cook: On your third point here, “Enhance mental health and dementia education,” how do you see implementing that in a rural area?

Ms. MacIssac: I think you made a point earlier about nurse practitioners, and that is important. At one time, mental health was a bigger part of public health. There were nurses who specialized in mental health, and that has been lost. The community mental health nurse has been lost. Having community mental health nurses available, whether engaged in the schools for younger people or going out to people's homes as age becomes a factor, is one of the components. Enrolment within medical schools in gerontology is another. More awareness of dementia among mental health professionals, psychiatrists or psychologists, is another area.

Senator Cook: The health care professional working in a rural area could benefit from telehealth. Could that could be another way that person could access education?

Ms. MacIssac: Yes.

Senator Cook: In Newfoundland they are using that for continuing education in, I think, four disciplines now. The other action you advocate is to establish and fund a national Alzheimer's strategy. We are looking at developing a mental health strategy. Do you see yours as a stand alone strategy or part of the national strategy?

Ms. MacIssac: You have a section within your report directed towards seniors, and I think a lot of what is being brought to you today in terms of the five points can be incorporated into your recommendations. Your strategy is for mental health, but it would encompass dementia.

The Chairman: Whatever our strategy is vis-à-vis seniors — and we will be holding a day-long session on seniors — obviously dementia will be included.

Senator Cook: I just wonder if your wish was to have it stand alone or to be integrated?

Ms. MacIssac: I think it is an important part of mental health. Whether it involves caregivers and families or seniors or mental health, I think we will try any number of avenues to make people aware of the very simple approaches that can make a difference in the quality of life of the people we are concerned about.

Senator Cook: I am just looking ahead to what this might look like, because there will be a component in it, no doubt, for autism, say.

The Chairman: Just as an aside, we should tell you that interestingly, we have had, at least I had, several complaints in my office about the fact that we referred to autism as a mental illness.

Ms. MacIssac: Many people say that.

Le sénateur Cook : Au point numéro trois de votre document, vous parlez de renforcer la formation en santé mentale et sur la démence. Comment envisagez-vous la mise en œuvre d'une telle initiative dans les régions rurales?

Mme MacIssac : Je crois que vous avez fait une observation, un peu plus tôt, au sujet des infirmières et infirmiers praticiens, et c'est important. Il y a eu une époque où la santé mentale occupait une plus grande place dans le système de santé publique. Il y avait des infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale, mais tout cela a disparu. On les a perdus. Le fait d'avoir des professionnels spécialisés en santé mentale disponibles dans la communauté, que ce soit auprès des écoles afin de s'occuper de jeunes ou pour rendre visite à des personnes âgées à domicile, fait partie de cette stratégie. Recruter dans les écoles de médecine spécialisées en gériatrie aussi. Il faut également sensibiliser davantage les professionnels de la santé mentale, les psychiatres et les psychologues aux problèmes de démence.

Le sénateur Cook : Le professionnel en santé qui travaille dans une zone rurale pourrait profiter de la télésanté. Ce pourrait être un autre moyen de l'aider à se former, n'est-ce pas?

Mme MacIssac : Oui.

Le sénateur Cook : À Terre-Neuve, on y a recours pour la formation continue dans, je crois, quatre disciplines actuellement. L'autre initiative que vous mettez de l'avant consiste à créer et à financer une stratégie nationale pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Nous envisageons de développer une stratégie en santé mentale. Voyez-vous la vôtre comme une initiative distincte ou comme faisant partie de la stratégie nationale?

Mme MacIssac : Votre rapport contient un chapitre concernant les personnes âgées, et je crois que beaucoup de ce que nous vous soumettons aujourd'hui, parmi les cinq points proposés, peut être intégré dans vos recommandations. Votre stratégie porte sur la santé mentale, mais elle engloberait la démence.

Le président : Quelle que soit notre stratégie à l'égard des personnes âgées — il y aura d'ailleurs une séance d'une journée consacrée aux aînés —, la démence en fera évidemment partie.

Le sénateur Cook : Je voulais juste savoir si vous voulez qu'elle soit séparée ou intégrée?

Mme MacIssac : Je pense que c'est un volet important de la santé mentale. Qu'il s'agisse des soignants et des familles, des aînés ou de la santé mentale, nous explorerons toutes les avenues possibles pour sensibiliser les gens à des approches très simples susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées.

Le sénateur Cook : J'essaye d'imaginer à quoi cela pourrait ressembler, et il ne fait aucun doute que l'autisme, par exemple, en ferait aussi partie.

Le président : Juste une parenthèse pour vous dire — et c'est intéressant — que nous avons reçu, tout au moins moi, plusieurs plaintes au sujet du fait que nous parlons de l'autisme comme d'une maladie mentale.

Mme MacIssac : C'est courant.

The Chairman: I did not know that. I was completely surprised. I am told roughly half of parents of autistic children do not like it referred to as a mental illness — we may do so anyway — I guess because of the attached stigma.

Ms. MacIssac: I think that comes back to the chemical and biological differences too.

The Chairman: Yes.

Ms. MacIssac: For instance, many people say that dementia, particularly Alzheimer disease, is also a physical rather than a mental illness.

The Chairman: However, by that token, you could say the same of most depression, which has to do with the serotonin level in the brain being out of balance, and at that point you have systematically eliminated all mental illnesses, if you follow me.

Ms. MacIssac: Again, it probably comes back to labelling.

The Chairman: Right.

Ms. MacIssac: Alzheimer disease impacts the cells within the brain and that is considered a physical condition.

The Chairman: However, we are taking the position that a brain disorder of some kind is a mental illness.

Ms. MacIssac: It impairs cognitive abilities.

The Chairman: Right.

Ms. MacIssac: The impairment of the cognitive abilities in autism is probably similar to dementia in terms of people not wanting it to be referred to as a mental illness.

The Chairman: Because of the baggage that come with the mental illness label.

Thank you for coming.

Ms. MacIssac: Thank you for having me.

Mr. Chairman: Please tell Sharon you carried her material well and we hope she gets well quickly.

Senators, our last session before we head for the floods in Fredericton, where I understand the river overflowed last night, is with a group of people from a combination of Dalhousie and the IWK Health Centre, the children's health centre.

Mr. Patrick J. McGrath, Canada Research Chair in Pediatric Pain, Dalhousie University: Senators, I am a professor at Dalhousie in psychology, pediatrics and psychiatry, but I do most of my work at the IWK Health Centre, and much of it is on children with mental health problems.

As you know, the prevalence of mental health problems in children is about 18 per cent. There are a lot of good studies: the Ontario Child Health Study; the Quebec mental health study. There is no doubt that is a significant problem.

Le président : Je l'ignorais. J'ai été très surpris. On m'a dit qu'environ la moitié des parents d'enfants autistes n'aiment pas qu'on désigne ce trouble comme une maladie mentale; j'imagine que c'est à cause des stigmates qui y sont rattachés.

Mme MacIssac : Je pense que cela tient aussi aux différences chimiques et biologiques.

Le président : Oui.

Mme MacIssac : Par exemple, beaucoup de gens disent que la démence, particulièrement la maladie d'Alzheimer, est aussi une maladie physique plutôt qu'un trouble mental.

Le président : On pourrait dire la même chose de la plupart des dépressions attribuables à un faible taux de sérotonine dans le cerveau. À ce moment-là, on finirait par éliminer systématiquement toutes les maladies mentales, si vous me suivez.

Mme MacIssac : Encore une fois, c'est probablement une question d'étiquette.

Le président : Exact.

Mme MacIssac : La maladie d'Alzheimer affecte les cellules cérébrales et est donc considérée comme une pathologie physique.

Le président : Toutefois, nous partons du principe que les troubles neurologiques sont des maladies mentales.

Mme MacIssac : Ils ont pour effet de limiter la capacité cognitive.

Le président : C'est cela.

Mme MacIssac : Autant pour l'autisme que pour la démence, les gens ne veulent pas qu'on considère la dégradation des capacités cognitives comme une maladie mentale.

Le président : À cause de tous les préjugés associés à la maladie mentale.

Merci d'être venue.

Mme MacIssac : Merci à vous de m'avoir invitée.

Le président : Dites, s'il vous plaît, à Sharon que vous l'avez bien représentée et que nous lui souhaitons un prompt rétablissement.

Sénateur, avant de partir pour Fredericton où, d'après ce que j'ai compris, il y a eu des inondations la nuit dernière, puisque la rivière a débordé, nous allons entendre un groupe de témoins venant de l'Université Dalhousie et du IWK Health Centre, un centre de soins pour enfants.

M. Patrick J. McGrath, Chaire de recherche du Canada sur la douleur chez l'enfant, Université Dalhousie : Sénateurs, je suis professeur en psychologie, pédiatrie et psychiatrie à l'Université Dalhousie, mais je travaille surtout au IWK Health Centre, particulièrement auprès des enfants ayant des problèmes de santé mentale.

Comme vous le savez, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants est d'environ 18 p. 100. Il existe de nombreuses bonnes études à ce sujet, dont l'étude sur la santé des enfants de l'Ontario et l'étude sur la santé mentale réalisée au Québec. Il ne fait aucun doute que c'est un problème majeur.

What we have to always keep in mind is that treatments work. We know that there are treatments. They may not work for every child, but there are dozens and dozens of well-designed, randomized trials, millions of experiences, that show that treatments work. These are both psychological treatments and drug treatments. They make a difference to kids. Early intervention is better than waiting until the problems get more significant.

Access is a significant problem. Again, referring to the Ontario Child Health Study, studies found that only 16 per cent of children with diagnosable disorders, not minor worries but diagnosable disorders, had seen a mental health practitioner in the previous six months. Children with mild and moderate cases experience a long time on waiting lists, and this is true throughout the country.

The waiting lists are actually an underestimation, because when you have a long waiting list, people stop referring patients to the list. Also, families say, "Well, no, I am not interested in going on a waiting list for six months for a four-year-old child who is having severe temper tantrums."

There are lots of other barriers to treatment. Stigma is an important barrier. Although things have grown much better over the last 20 years, there still is a serious problem with stigma.

In Canada we have a public health system that supposedly provides free treatment. However, oftentimes it is not free. If you are, for example, a mother of a six-year-old child with severe anxiety that is interfering with everyone's lives and you need to go to a psychologist, if you are working, you have to take maybe 10 half-days off work. You have to find child care for your other children. You have to find transportation. You may have to pay for meals away from home. If you live in a remote area of Canada, it may take several days travel just to get a couple of hours of treatment.

The question is why do some parents attend? Why does anybody attend for treatment when you think of the sacrifices they have to make for that?

You have targeted the research issues in your reports and I am very interested in those also. The CIHR, the Canadian Institutes of Health Research, actually does a very good job. Rémi Quirion, Scientific Director of the Institute for Neuroscience, Mental Health and Addiction, is a great leader, as is Michael Kramer of the Institute for Human Development, Child and Youth Health. They are all interested in child mental health.

Mais nous ne devons jamais perdre de vue le fait que les traitements fonctionnent. Nous savons qu'il existe des traitements. Ils peuvent ne pas donner les résultats attendus à chaque fois, mais il y a des dizaines et des dizaines d'essais randomisés bien conçus ainsi que des millions d'expériences qui montrent que les traitements fonctionnent. Il s'agit de traitements psychologiques et pharmacologiques qui améliorent la santé des enfants. Il est clair qu'il vaut mieux intervenir dès les premiers symptômes plutôt que d'attendre que les troubles prennent de l'ampleur.

L'accès aux soins est un problème majeur. Encore une fois, d'après l'étude sur la santé des enfants de l'Ontario, il s'avère que seulement 16 p. 100 des enfants atteints de troubles que l'on peut diagnostiquer — pas de petits soucis, mais de vraies pathologies — ont vu un professionnel de la santé mentale au cours des six derniers mois. Les enfants atteints de troubles légers à modérés restent longtemps sur les listes d'attente, et ceci est vrai partout au pays.

Ces listes d'attente sont d'ailleurs faussées dans la mesure où lorsqu'elles commencent à être trop longues, on cesse d'y inscrire de nouveaux noms. Et puis il y a aussi les familles qui disent : « Eh bien non, nous ne sommes pas intéressés à attendre six mois pour notre enfant de quatre ans qui fait de grosses crises de colère ».

Il existe de nombreux autres obstacles au traitement. Les stigmates en sont un important. Même si la situation s'est beaucoup améliorée depuis 20 ans, cela pose toujours un sérieux problème.

Au Canada, nous sommes dotés d'un système de santé publique qui est censé donner les traitements gratuitement. Néanmoins, bien souvent, ce n'est pas le cas. Si, par exemple, vous êtes la mère d'un enfant de six ans atteint de troubles d'anxiété sévères qui perturbe la vie des gens de l'entourage, et que vous avez besoin de voir un psychologue, si vous travaillez, vous devrez prendre 10 demi-journées de congé. Vous devrez trouver quelqu'un pour s'occuper de vos autres enfants, le cas échéant. Il vous faudra aussi trouver un moyen de transport. Vous devrez également payer vos repas. Si vous vivez dans une région éloignée du Canada, cela peut représenter plusieurs jours de séjour loin de chez vous pour seulement quelques heures de traitement.

On peut se demander pourquoi certains parents consultent quand on sait les sacrifices qu'ils doivent faire pour soigner leur enfant.

Dans vos rapports, vous avez ciblé les thèmes de recherche et cela m'intéresse également beaucoup. Les IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, font d'ailleurs un excellent travail à ce chapitre. Rémi Quirion, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, est une sommité en la matière, tout comme Michael Kramer, de l'Institut de développement et de la santé des enfants et des adolescents. Tous deux s'intéressent à la santé mentale des enfants.

The problem is that there are no targeted funds for that. I would encourage targeted funds for major national problems such as child mental health.

The CIHR has had a number of different initiatives to bring together clinicians, communities and academic researchers. One of them is the Community Alliance for Health Research, and I want to tell you a little, in the last minute or so, about the program that we have developed under that.

We have developed distance treatment programs, called Family Help. I can leave some of the manuals, but I do not know how much material you want. We target high-prevalence problems and treat them at a distance. We use manuals such as these, videotapes, audiotapes, and a coach, a non-professional, who talks to the family on the phone.

We are currently doing randomized trials using funding from CIHR to test whether these are effective, both in rural areas and in the city. These trials are done in collaboration with our colleagues in the mental health system. Cathy Thurston, for instance, the Director of Cumberland Mental Health Services in Amherst, has been actively involved. We have advisory committees and so on to advise us on how to make the trials responsive to the needs of the mental health system. Our colleagues are now putting forward proposals that these treatments be made part of the mental health system. We hope that that will happen.

However, you should note that we recently had a very large increase in the health budget in this province: \$212 million, \$220 million, and less than 1 per cent of that went to mental health. That is just not acceptable, given the prevalence. Thank you.

Ms. Susan Mercer, Acting Vice-President, Child and Adolescent Mental Health Program, IWK Health Centre: Senators, thank you for asking me here today. My name is Susan Mercer and I am the Acting Vice-President of Child and Adolescent Mental Health Services at the IWK Health Centre. I have been here seven years, and I came from Ottawa, where I worked for 11 years. I spent my 11 years in Ottawa thinking there were not enough resources for people with mental illness. I worked primarily with street youth. Then I moved to Halifax and —

The Chairman: You realized how much you had in Ottawa?

Ms. Mercer: Honestly, I did. When I moved here there was no shelter for street youth, and I spent the first year as a kind of volunteer, trying to lobby with others for a shelter. I could not believe that there was not even somewhere for kids to sleep.

Le problème, c'est qu'il n'y a pas de fonds spéciaux réservés à cet effet. J'aimerais donc que l'on prévoie des fonds pour le traitement de graves problèmes nationaux comme ceux liés à la santé mentale des enfants.

Les IRSC ont entrepris un certain nombre d'initiatives visant à réunir différents cliniciens, représentants des communautés et chercheurs universitaires. L'une d'elles est le Programme des alliances communautaires pour la recherche en santé, et j'aimerais prendre quelques minutes, à la fin du temps qui m'est alloué, pour vous en parler.

Nous avons mis au point des programmes de traitement à distance regroupés sous le nom de Family Help. Je peux vous laisser quelques-uns des manuels que nous utilisons, mais je ne sais pas combien vous en voulez. Nous ciblons les problèmes à prévalence élevée et nous les traitons à distance. Nous nous servons de manuels comme ceux-ci, de vidéocassettes et de bandes sonores, puis nous faisons appel à des accompagnateurs, qui ne sont pas des professionnels de la santé, et qui communiquent avec les familles par téléphone.

Actuellement, nous réalisons des essais randomisés financés par les IRSC pour déterminer si ces programmes sont efficaces, tant dans les zones rurales qu'urbaines. Ces essais sont effectués en collaboration avec nos collègues des services de santé mentale. Cathy Thurston, par exemple, directrice des services de santé mentale de Cumberland, à Amherst, a activement participé au projet. Il existe des comités conseils et autres qui nous orientent dans la façon de mener des essais adaptés aux besoins du système de soins en santé mentale. Nos collègues proposent maintenant que ces traitements fassent partie des services de soins en santé mentale. Nous espérons que leurs recommandations se concrétiseront.

Toutefois, il faut savoir qu'il y a eu récemment une très grande augmentation du budget consacré à la santé dans cette province : 212 millions, 220 millions, mais moins de 1 p. 100 de cette somme est consacrée à la santé mentale. C'est tout simplement inacceptable compte tenu de la prévalence. Merci.

Mme Susan Mercer, vice-présidente intérimaire, Programme en santé mentale pour les enfants et les adolescents, IWK Health Centre : Sénateurs, merci de m'avoir invitée aujourd'hui. Je m'appelle Susan Mercer et je suis vice-présidente intérimaire des Services de santé mentale pour enfants et adolescents de l'IWK Health Centre. Je suis ici depuis sept ans, mais je viens d'Ottawa où j'ai travaillé pendant 11 ans. Au cours de ces 11 années passées à Ottawa, je n'ai cessé de penser qu'il n'y avait pas suffisamment de ressources pour s'occuper des personnes souffrant de maladie mentale. J'ai commencé à travailler avec les jeunes de la rue. Puis j'ai déménagé à Halifax et...

Le président : Vous êtes vous rendu compte de tout ce que vous aviez à Ottawa?

Mme Mercer : Honnêtement, oui. Lorsque j'ai été arrivée ici, il n'y avait aucun refuge pour les jeunes de la rue et j'ai passé la première année comme bénévole à essayer, avec d'autres, de faire des pressions pour qu'on ouvre un centre d'hébergement. Je ne pouvais pas croire qu'il n'y avait même pas un endroit quelque part pour accueillir ces jeunes pendant la nuit.

At the IWK we offer a lot of mental health services. We have 13 different teams and are spread out over the province. We have a Maritime mandate. We support the Friends Exist. We have a clinical team at the youth corrections centre. We do forensic rehabilitation. We do a lot with kids who are seriously mentally ill, and we have a relatively small budget, probably \$12 million or \$13 million.

However, we have a problem with wait-lists, as people do across the country. I believe that we are not meeting the needs of the children and adolescents who are sitting on our wait-list. They wait because they have a mild to moderate mental health difficulty — anxiety, or not wanting to go to school, or parents have just separated and they are not dealing well with it. That is not to say that that is not important, but when you look at the other children on that list, who tried to kill themselves or are hearing voices, we attempt to meet the needs of those children.

We have done a lot of work in the last year to try to figure out how we can do things differently with what we get, but we also realize that we do need more to be able to attack that wait-list. We have 380 people on our wait-list, and that is just the capital area, because outpatient services are only in the Halifax-Dartmouth area. That is a huge number, and children are waiting in excess of a year. I get calls from the parents to tell me what is happening: "I need my child to be seen." We have office-based appointments, and that is not what that child needs. Often, they wait, and then they come once and do not come back.

Therefore, we are trying to, one, redesign our system. We are looking at a new triage system. We are planning to use some of Chuck Cunningham's work from Ontario. We will specialize within outpatient services, so that when people are referred we know exactly where they need to go. We are applying for funding from the government for programs such as Dr. McGrath's.

The Department of Health in the province has worked quite hard in the last couple of years to develop standards for mental health services, the only province in Canada to do so. We have been heavily involved with that, as has the rest of the province. Their standards provide the outline of what services should exist, and then each year we say how much money we need to meet them.

Within those standards there is a continuum of service, including outpatient, mild to moderate mental health problems, prevention education — all the things that we have not been doing. Therefore, when we apply for funding, we are able to use those standards to justify our requests, and that is a good thing.

L'IWK offre beaucoup de services en santé mentale. Nous avons 13 équipes différentes réparties sur l'ensemble de la province. Nous sommes investis d'un mandat à l'échelle des Maritimes. Nous appuyons l'organisme Friends Exist. Nous avons également une équipe de cliniciens qui travaillent dans des établissements correctionnels pour jeunes. Nous faisons aussi de la réhabilitation légale. Nous travaillons beaucoup auprès d'enfants souffrant de sérieux troubles mentaux avec un budget relativement petit; celui-ci tourne autour de 12 à 13 millions de dollars.

Toutefois, comme partout ailleurs au pays, nous avons un problème de liste d'attente. Je crois que nous ne répondons pas aux besoins de tous les enfants et adolescents qui sont sur nos listes. Certains doivent attendre parce qu'ils ont des problèmes mentaux légers ou modérés — anxiété, refus d'aller à l'école ou séparation des parents qu'ils ont du mal à assumer. Je ne veux pas dire que ce n'est pas important, mais nous essayons de voir en premier les enfants qui ont tenté de se suicider ou qui souffrent d'hallucinations, par exemple.

Nous avons fait beaucoup au cours de la dernière année pour tenter de trouver des façons différentes de travailler avec les moyens du bord, mais nous avons également réalisé qu'il nous faut plus pour réussir à réduire cette liste d'attente. Celle-ci comporte 380 noms, et ce, seulement dans la capitale, parce que les services de consultation externes ne visent que la région d'Halifax-Dartmouth. C'est énorme, et les enfants attendent parfois plus d'un an avant d'être traités. Je reçois des appels de parents me demandant que leur enfant soit examiné. Nous donnons des rendez-vous dans des cabinets médicaux, mais ce n'est pas de cela dont les enfants ont besoin. Souvent, les gens attendent, ils viennent une fois et on ne les revoit plus.

Nous essayons donc, pour commencer, de repenser notre système. Ainsi, nous envisageons un nouveau modèle de triage, nous prévoyons nous inspirer de certains des travaux de Chuck Cunningham de l'Ontario, nous allons nous spécialiser au sein de nos services de consultation externe pour savoir exactement où aiguiller les gens qui nous sont envoyés; nous faisons une demande de financement auprès du gouvernement pour des programmes comme ceux de M. McGrath.

Le ministère provincial de la Santé n'a pas ménagé ses efforts ces quelques dernières années dans le but d'établir des normes applicables aux services de santé mentale; c'est la seule province au Canada à l'avoir fait. Nous y avons fortement participé, comme le reste des intervenants de la province. Ces normes définissent les services qui devraient exister et chaque année, nous devons dire de combien de fonds nous avons besoin pour les respecter.

Ces normes prévoient une gamme complète de services, dont les consultations externes, le traitement de problèmes légers ou modérés de santé mentale, la prévention, l'éducation — tout ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent. Par conséquent, nous pouvons nous appuyer sur ces normes pour justifier nos demandes de financement, ce qui est une bonne chose.

The difficulty we face is that we have a very fragmented system here. Children can often sit in our inpatient unit or in our residential programs for months because there is nowhere for them to go when they are discharged. That is very frustrating for children, for families, for all government departments. I think we have to all figure out how to work together, not just governments, but everyone, because it is not your kid and my kid, it is this one child going through the system. I know you have discussed that in your report and have made those same recommendations.

We have a lot of work to do. I think that we do not reach out to the multicultural population, the homeless youth, the African Nova Scotian. There are big gaps in the populations we serve, for a lot of reasons, and if we have more resources we can spend the time trying to figure that out.

I do not think it is just throwing money at a system, because you can do that forever. However, it is looking at how to get the best bang for the buck.

Our priority this year is to look at our wait-list and figure out what we can do differently with what we have, because there is not a lot more forthcoming.

I will leave it at that.

Dr. Herbert Orlik, Clinical Director, Chief of Psychiatry, IWK Health Centre: Honourable senators, I am the Chief of Psychiatry for the Child and Adolescent Mental Health Program at the IWK. I am also Head of the Division of Child and Adolescent Psychiatry at Dalhousie University, so I have administrative, clinical and academic responsibilities.

I have reviewed the committee's three reports, which meant lots of reading. I am impressed with the amount of work the committee has done; the research you have done; the people from whom you have sought and received advice; and a not-astounding consensus emerging on mental health issues in general terms, and, to a smaller extent, for children. If I could level one minor critique, which we are here to correct, I thought that the report so far was somewhat thin on the children's side and would like to contribute to enlarging that part.

The report also refers to the children under special population groups, and I have mixed feelings about that. On the one hand, to be special means you might get special attention. On the other hand, it puts you into a category different from anyone else. I am reminded that people looked at adolescence that way. Adolescence did not really exist, because they were only in transition between childhood and adulthood. I have concerns that to be special in that way could have downsides.

I think children are as special as young and middle-aged adults, as older people, and as adolescents. Within the child and adolescent age group there are special population groups that require attention, but beyond that children need as much attention as adults, and equal footing, equal funding, equal

Le problème, c'est que le système est très fragmenté. Des enfants peuvent souvent attendre des mois dans notre unité de malades hospitalisés ou nos programmes à domicile, car ils ne peuvent aller nulle part ailleurs. C'est très frustrant pour les enfants, pour les familles et pour tous les ministères. Je pense que nous devons tous essayer de trouver des façons de travailler ensemble, pas seulement les gouvernements, mais nous tous, car même si ce n'est pas mon enfant ni le vôtre, il s'agit toujours un enfant qui doit suivre le processus établi. Je sais que vous en avez discuté dans votre rapport et que vous avez fait ces mêmes recommandations.

Nous avons beaucoup à faire. À mon avis, nous ne touchons pas la population multiculturelle, les jeunes sans-abri, les Néo-Écossais d'origine africaine. Nous ne desservons pas certains segments de la population, pour beaucoup de raisons, et si nous avions plus de ressources, nous pourrions essayer de comprendre pourquoi.

Cela ne revient pas, selon moi, à financer un système pour rien, mais plutôt à savoir comment obtenir le meilleur rendement de l'investissement.

Cette année, notre priorité consiste à examiner notre liste d'attente et à essayer de voir comment faire les choses autrement, car nous n'attendons pas beaucoup plus.

Je vais en rester là.

Le Dr Herbert Orlik, directeur clinique, chef de psychiatrie, IWK Health Centre : Honorables sénateurs, je suis chef de psychiatrie du programme de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent à IWK. Je suis également chef de la division de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Dalhousie si bien que mes responsabilités sont d'ordre administratif, clinique et universitaire.

J'ai lu les trois rapports volumineux du comité et je suis impressionné par le travail et la recherche que vous avez faits, les gens que vous avez invités et qui vous ont donné leurs avis; il en ressort un consensus qui n'est pas ahurissant au sujet des questions de santé mentale en général et dans une moindre mesure, au sujet de la santé mentale des enfants. Permettez-moi d'adresser une critique mineure, à savoir que le rapport, jusqu'à présent, est assez peu éloquent au sujet des enfants; j'aimerais aujourd'hui combler cette lacune, ce sera ma contribution.

Le rapport parle également des enfants appartenant à des groupes particuliers de la population, et j'ai des sentiments partagés à ce sujet. D'une part, le fait d'être particulier signifie que vous pouvez obtenir une attention particulière. D'autre part, cela vous place dans une catégorie différente de celle d'autrui. Je me souviens que les gens considéraient l'adolescence de cette façon-là; l'adolescence n'existait pas vraiment, car il s'agissait uniquement d'un passage entre l'enfance et l'âge adulte. Je crains que le fait d'être particulier de cette façon-là ne présente des inconvénients.

À mon avis, les enfants sont aussi particuliers que les adultes jeunes et d'âge moyen, que les personnes plus âgées et que les adolescents. Dans le groupe d'âge des enfants et des adolescents, on retrouve certains groupes particuliers qui exigent de l'attention, mais il reste toutefois que les enfants ont besoin

research and equal therapeutic opportunities. In that sense, I would not like them to be special. I would like them to be equal to other age populations.

Comparisons with adults have sometimes been helpful and have sometimes been a hindrance in the history of child and adolescent mental health. We have wasted time on arguments over whether the children could have a disorder because psychoanalytic theory said that you could not have a depression until you were of a certain age; or that you could not have a disorder, or problems, or suffer as a child if you did not meet the criteria for adult disorders. The study and treatment of children has been in the shadow of adult disorders, properly so for the sake of protection and because they were like-minded professionals, but improperly so sometimes, because you always had to justify it against the adult standards. I think the time has passed when that needs to happen. Children need to be seen in their own right.

I echo what has been said about research, that we do not have enough, that it needs to be better funded. We are still in the relative infancy of research in child and adolescent mental health compared to adults, and compared to other areas of medicine and social sciences. That needs to be understood when researchers go out there and try to get their feet wet. Due to funding criteria, we still have a lot to learn, and we have to play catch up or develop new methods of investigation for young people.

Another area of concern to me and to colleagues is the application to children of therapies that have not much value, therapies that have either been disproved to be effective or are unproven — they have not been properly researched — therapies that have been wasteful in terms of resources; therapies that have provided false hopes for children, adolescents and their parents; therapies that at times could be harmful.

We need to go by the existing evidence and expertise and, therefore, apply best practices, and we need to do the research to create evidence where it does not exist as yet.

We are truly still applying therapies to large numbers of young people that are entirely ineffectual and do not stand up to scrutiny. We need to review theories of disease causation. We used to, years ago, blame mothers. Mothers were blamed for just about everything. We made mistakes in looking at a disorder like autism and said, "Autistic kids are that way because of what their parents did to them." No. These are neurobiological, neuro-developmental kinds of disorders. We used to have incredibly fanciful psychosexual theories about

d'autant d'attention que les adultes, doivent être traités sur un pied d'égalité, bénéficier d'un financement égal, faire l'objet de mêmes recherches et avoir accès à des thérapies comme n'importe qui d'autre. Dans ce sens-là, je ne voudrais pas qu'ils soient particuliers, mais qu'ils soient considérés de la même façon que les autres groupes d'âge.

Des comparaisons avec les adultes ont parfois été utiles et ont parfois été un obstacle au chapitre de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Nous avons perdu du temps à discuter sans fin pour savoir si les enfants pouvaient souffrir d'un trouble car, selon la théorie psychanalytique, il est impossible d'avoir une dépression avant d'avoir atteint un âge particulier, il est impossible d'avoir des troubles ou des problèmes, ou encore, souffrir en tant qu'enfant, si on ne répond pas aux critères de troubles pour adulte. L'étude et le traitement des enfants sont restés dans l'ombre des troubles des adultes, ce qui était parfait pour assurer la protection des enfants et aussi parce qu'il s'agissait de professionnels qui voyaient les choses de la même façon, mais qui ne l'était pas, parfois, car il fallait toujours se justifier par rapport aux normes établies pour les adultes. Je pense que le temps est venu de s'occuper des enfants en tant que tels.

Je vais reprendre ce qui a été dit au sujet de la recherche, nous n'en faisons pas assez et elle devrait être mieux financée. Nous en sommes toujours aux balbutiements de la recherche dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent par rapport aux adultes et par rapport à d'autres secteurs de la médecine et des sciences sociales. C'est ce qu'il ne faut comprendre lorsque les chercheurs s'aventurent sur ce terrain. À cause des critères de financement, nous avons encore beaucoup à apprendre et nous devons rattraper le temps perdu ou mettre au point de nouvelles méthodes d'analyse pour les jeunes.

Mes collègues et moi-même nous inquiétons du recours à des thérapies pour les enfants qui ne servent pas à grand-chose, des thérapies qui ont été jugées inefficaces ou qui sont non éprouvées — aucune recherche adéquate n'ayant été faite à leur sujet — des thérapies qui ont gaspillé des ressources, des thérapies qui ont donné de faux espoirs aux enfants, aux adolescents et à leurs parents, des thérapies qui, à certains moments, peuvent être dangereuses.

Il faut s'en tenir aux données probantes et aux connaissances spécialisées d'aujourd'hui et, par conséquent, adopter les meilleures pratiques; il faut également faire la recherche voulue pour arriver à des données probantes qui n'existent pas encore.

Nous prescrivons encore à de grands nombres de jeunes des thérapies qui sont complètement inefficaces et qui ne résistent pas à l'analyse. Nous devons revoir les théories des causes à l'origine de la maladie. Il y a des années, on en rejetait la responsabilité sur les mères qui étaient mises en cause pour quasiment tout. Nous avons commis des erreurs en ce qui concerne des troubles comme l'autisme en disant : « Les enfants autistes le sont à cause de leurs parents. » Absolument pas. Il s'agit de troubles neurobiologiques, de troubles neurodéveloppementaux. Nous avons déjà eu des

obsessive compulsive disorder, and again vilified people as a result of that and applied therapies that did not work.

As a resident, I had to do therapies of that kind. I was told that it likely would not work, but we had to do it. That was the kind of baptism you had to go through, but it was bad clinical practice.

We have better therapies now. We know that cognitive behaviour therapy works for a number of conditions, especially anxiety disorders. We know that multi-systemic therapy, although expensive, works with children with severe cognitive disorders. We know some of the kinds of treatment interventions that are supported by evidence and that we can further develop and refine; and we know the areas that need to be researched.

I think we need to have the courage to step away from ineffectual therapies and be open with the public and with our colleagues in saying, "You are wasting your time, and you need to do something new. You need to change." I agree with what was said earlier about early intervention methods as well.

We need to know what works and what does not. Some of the treatments have tremendous emotional appeal, and some even have tremendous cognitive appeal. It appeals to your sense of what seems to be fair and correct, but as a result of that sense the studies have not been done. At the moment, community-based, community-centred therapies are where it is at, and that has an appeal, but it has to be proven to be effective. It has to be compared to other kinds of interventions.

The last thing I want to say is that I saw discussion in the report about models, looking at the provinces or other countries that have developed models of care and which should we acquire. Which should we apply to our Canadian populations? I would like to promote having an open mind about that, and trying on different models in different situations. Primary care models, children's health centre models, community-based models, may all have valid evidence if we study them properly.

We should not take a cookie-cutter approach and say, "We will do this on the cheap for children, and this will work for all of them." We have tried that in the past. It has not worked. We had a mental hygiene movement for children and child guidance and it did not take care of everything. Children are complex and they need a range of comprehensive services.

Dr. Wade Junek, IWK Health Centre: Senators, I will state first that I am the "and now for something completely different" section. I am a very visually oriented person. I did give you a handout, and I think it will be easier if I just walk you through a few pages of that — and there will just be a few pages.

théories psychosexuelles complètement fantaisistes au sujet du trouble obsessionnel compulsif et, là encore, avons dénigré les gens qui en étaient atteints et prescrit des thérapies qui ne donnaient rien.

En tant que médecin résident, j'ai dû prescrire des thérapies de ce genre. On me disait qu'elles ne marcheraient probablement pas, mais qu'il fallait les prescrire. C'était le genre de baptême du feu auquel il fallait se soumettre, mais il s'agissait de mauvaises pratiques cliniques.

Nous disposons de meilleures thérapies aujourd'hui. Nous savons que la thérapie cognitivo-comportementale fonctionne dans plusieurs cas, notamment dans les troubles de l'anxiété. Nous savons que la thérapie multi-systémique, même si elle est chère, fonctionne pour les enfants souffrant de graves troubles cognitifs. Nous savons que certaines interventions sont appuyées par des données probantes; nous pouvons les perfectionner encore plus et nous savons également quels domaines doivent faire l'objet de recherche.

Je crois qu'il faut avoir le courage de s'écarter des thérapies inefficaces, d'être ouverts face au public et à nos collègues et de dire : « Vous perdez votre temps et vous devez trouver quelque chose de nouveau. Vous devez changer. » Je suis également d'accord avec ce qui a été dit plus tôt au sujet des méthodes d'intervention précoce.

Nous devons savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Certains des traitements ont un intérêt émotionnel extraordinaire, d'autres un intérêt cognitif tout aussi énorme. Ce qui semble juste et bon est attrayant, mais c'est en raison de cette perception qu'aucune étude ne se fait à cet égard. À l'heure actuelle, on peut décrire les thérapies communautaires de cette manière, elles présentent un intérêt, mais il faut encore en prouver l'efficacité et les comparer avec d'autres genres d'interventions.

Pour terminer, j'ai vu que le rapport traitait de modèles, observant les modèles de soins mis au point par les provinces ou d'autres pays et qu'il faudrait adopter. Lequel devrions-nous adopter pour les populations du Canada? J'aimerais que l'on soit ouvert à cet égard et que l'on essaie différents modèles selon les situations. Les modèles de soins primaires, les modèles de centres de santé des enfants, les modèles communautaires peuvent tous être valables dans la mesure où nous les étudions comme il le faut.

Il ne faudrait pas adopter une approche globalisante et dire par exemple : « Nous allons adopter ce modèle au rabais pour les enfants et il va fonctionner pour tous. » Nous avons déjà opté pour pareille solution dans le passé, ce qui n'a rien donné. Nous avons connu le mouvement de l'hygiène mentale pour les enfants et le mouvement d'orientation des enfants, ce qui n'a pas réglé tous les problèmes. Les enfants sont complexes et ont besoin d'une gamme de services complets.

Le Dr Wade Junek, IWK Health Centre : Sénateurs, j'aimerais dire pour commencer que je vais traiter d'un sujet complètement différent. Comme je suis quelqu'un de très visuel, je vous ai remis un document et je pense qu'il sera plus facile d'en parcourir quelques pages avec vous — quelques pages seulement.

I am a child and adolescent psychiatrist, and for 12 years I was the director of mental health services for the Province of Nova Scotia, so I have a background in government.

The work that I am presenting arose from the work of a federal-provincial-territorial committee, which I co-chaired, on the development of the concept of self-regulating services delivery. It is relevant to much of what you are hearing today, and in particular to some of the questions you have raised in your own report, about coordination and cooperation. It also can present you with hypotheses about why the research that Dr. Orlik or Dr. McGrath talks about does not get used, because that also fits in with some of the concepts here. It is a population health model.

You raised questions yourselves that I have noted on the bottom of page 2, but the history of those questions goes back for decades, if not back to the 1800s. On page 3 there are more relevant questions you could have asked, but I will not go through them.

My goal is to speak about why the collection of services that you people discovered exists for mental health remains a collection and not a system; to provide a means to answer some of the questions you raised; and provide some options that I hope can help things evolve a little further.

On page 5, I start with what happens. All children and youth become adults, and the whole purpose of everything we are doing in government with children and youth is to intervene in some way with the hope that we will help them attain optimal well-being and functioning by adulthood. However, you face three major challenges.

On page 6, for instance, are the stakeholders — well known to you. Those interventions, decisions and actions are made by a large number of stakeholders with complex interrelationships, including, but not limited to, the people you see on that page; the governments, jurisdictions, et cetera.

Page 7, challenge number two, all of those stakeholders have environmental influences on the decisions and actions they take, including, but not limited to, the other stakeholders, the resources they have, the legislation they have to operate under, political pressures, media, et cetera. In total, all of these influences on the decision makers act as positive, negative, and, sometimes, perverse incentives for the kind of decisions they will make. Many of their decisions may have little to do with whether or not our children will be optimally functioning by adulthood.

They know this, of course, so they move onto challenge number three, the strategies used in attempts to get a better outcome. I have just categorized them under three major strategies. There is a good list on page 25, but I am not asking you to go there.

Je suis psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et pendant 12 ans, j'ai été directeur des services de santé mentale pour la province de Nouvelle-Écosse, si bien que j'ai des antécédents en matière de gouvernement.

Le travail que je vous présente découle des travaux d'un comité fédéral-provincial-territorial — que j'ai coprésidé — sur le concept du système autonome de prestation de services. C'est un concept qui s'applique à la plupart des exposés que vous entendez aujourd'hui et, notamment, à certaines des questions que vous soulevez dans votre propre rapport, au sujet de la coordination et de la coopération. Il permet également de vous présenter des hypothèses expliquant pourquoi la recherche dont parlent le Dr Orlik et le Dr McGrath n'est pas utilisée, car cela rejoint également certains concepts. Il s'agit d'un modèle de santé de la population.

Vous posez vous-mêmes des questions dont j'ai pris note en bas de la page 2, mais le contexte de ces questions remonte à des décennies, voire même aux années 1800. À la page 3, on retrouve des questions plus pertinentes que vous auriez pu poser, mais je ne vais pas m'y attarder.

Je veux vous dire aujourd'hui pourquoi la série de services pour la santé mentale que vous avez découverts n'est rien d'autre qu'une série et non un système; aussi vous donner le moyen de répondre à certaines des questions que vous soulevez et vous donner quelques options ce qui, je l'espère, permettra de faire évoluer les choses.

À la page 5, je commence par dire ce qui se passe. Tous les enfants et les jeunes deviennent des adultes, et tout ce que nous faisons au gouvernement à l'égard des enfants et des jeunes vise à intervenir d'une façon ou d'une autre en espérant qu'ils puissent devenir des adultes sains et équilibrés. Toutefois, nous sommes confrontés à trois défis de taille.

À la page 6, par exemple, je parle des intervenants — que vous connaissez bien. Interventions, décisions et mesures sont prises par un grand nombre d'intervenants dont les liens réciproques sont complexes, et qui englobent sans s'y limiter, les entités inscrites sur cette page, les gouvernements, les compétences, et cetera.

Page 7, défi numéro deux. Tous ces intervenants influent contextuellement sur les décisions et les mesures qu'ils prennent, y compris, sans s'y limiter, les autres intervenants, les ressources dont ils disposent, les lois auxquelles ils sont assujettis, les pressions politiques, les médias, et cetera. Au total, toutes ces influences sur les décideurs peuvent être positives, négatives et, parfois, perverses pour le genre de décisions qu'ils vont prendre. Beaucoup de leurs décisions peuvent ne pas avoir trait à l'équilibre optimal de nos enfants au moment où ils atteignent l'âge adulte.

Comme ils le savent fort bien, ils passent au défi numéro 3, les stratégies utilisées pour obtenir un meilleur résultat. Je les ai classées dans trois grands domaines. Vous en trouvez une bonne liste à la page 25, mais je ne vous demande pas de la consulter pour l'instant.

Essentially, there is the strategy to increase resources. We all know that has a limit.

There is improved efficiency, which is the strength of the free market model in business, the powerful force of ever more profits driving creative and cooperative strategies for ever improving products. What are the incentives for ever improving mental health status of our children and youth?

There is improvement in cooperation, and that is one you have identified. That is also ongoing at the levels of patients, programs, policies, organizations and governments. Governments try legislating it, pleading for it, begging for it, but it is still a problem, which you people have already identified.

On page 8 you go back to that fundamental goal. How will we know if any of our stakeholders, environmental influences or strategies is helping us get there? The only way we will know if we are getting ongoing improvements in the mental health status of our children and youth is if we measure it. If you take a look on page 10, you need to take some kind of information out of that process, on adult citizens, and feed it back into those management strategies, environmental influences and stakeholders to affect their decisions and actions and allow corrective action to get improvements. We do not do that.

On page 11, the challenge then is how do you reach goal number two? If the fundamental goal is to improve the mental health status, or maintain even what we have, for our children and youth, one, we have to measure that status to determine if the actions are having an effect. We have to have outcomes and measures. Two, we have to incorporate information about those measurements into our decisions to allow for corrective action, so we have to evaluate the measures and give feedback. Three, we have to make baseline improvements in these measurements as the most significant and important environmental influence on the decisions and actions.

In the way we look at our sum total of incentives, disincentives, perverse incentives and rewards, we have to make them powerful and chain them as positively as possible to outcomes.

Page 12 tells you what we do not have in a system. Frequently, we do not have a vision of where are we going with our children and youth, the adulthood outcome. We do not measure the outcomes. We do not provide feedback for corrective actions. We do not attach powerful incentives and rewards, or make use of what we do have and force it into outcomes.

When you put those in place, if you will turn to page 13, you suddenly see that the decisions and actions are constrained by everything else, forming a system.

Il s'agit essentiellement de la stratégie visant à augmenter les ressources. Nous savons tous que c'est limité.

On parle aussi d'efficacité améliorée, qui est la force du modèle de marché libre dans le monde des affaires, la force de réaliser encore plus de profits, ce qui stimule les stratégies de création et de coopération, ce qui permet d'améliorer constamment les produits. Quels sont les mesures incitatives visant à améliorer encore davantage la santé mentale de nos enfants et de nos jeunes?

On note une amélioration au chapitre de la coopération, que vous avez d'ailleurs soulignée. On retrouve cette coopération à tous les niveaux, les patients, les programmes, les politiques, les organisations et les gouvernements. Les gouvernements tentent de la légiférer, la demandent de façon pressante, mais c'est toujours un problème, que vous avez déjà cerné.

À la page 8, on revient à cet objectif fondamental. Comment savoir si nos intervenants, nos influences contextuelles ou nos stratégies vont nous permettre d'y arriver? La seule façon de savoir si la santé mentale de nos enfants et de nos jeunes continue de s'améliorer consiste à en faire l'évaluation. Si vous passez à la page 10, vous voyez qu'il faut extraire des informations de ce processus, relatif aux adultes, pour les incorporer dans ces stratégies de gestion, ces influences contextuelles et ces interventions afin d'influer sur les décisions et les mesures qui vont être prises et permettre des mesures correctives en vue d'obtenir des améliorations. Nous ne le faisons pas.

À la page 11, le défi consiste à savoir comment atteindre l'objectif n° 2. Si l'objectif fondamental consiste à améliorer la santé mentale de nos jeunes et de nos enfants, ou à la maintenir en l'état, il faut tout d'abord en faire l'évaluation pour déterminer si les mesures prises ont un effet. Il faut avoir des résultats et des évaluations. Deuxièmement, il faut englober cette information relative à ces évaluations dans nos décisions afin de permettre des mesures correctives, si bien qu'il faut évaluer les évaluations elles-mêmes et donner de la rétroaction à cet égard. Troisièmement, il faut apporter des améliorations de référence en regard de ces évaluations, ce qui constitue l'influence contextuelle la plus importante sur les décisions et les mesures qui sont prises.

Lorsqu'on examine la somme des mesures incitatives, des mesures de dissuasion, des mesures incitatives et des récompenses perverses, il faut en souligner la puissance et les relier le plus positivement possible aux résultats.

La page 12 indique que nous n'avons pas de système. Fréquemment, nous n'avons pas une vision de l'orientation prise pour nos enfants et nos jeunes, le résultat à l'âge adulte. Nous n'évaluons pas les résultats. Nous ne faisons pas de rétroaction en ce qui concerne les mesures correctives. Nous ne rattachons pas les puissantes mesures incitatives aux récompenses et nous ne tirons pas parti de ce que nous avons pour l'incorporer dans les résultats.

Une fois tout cela mis en place, si vous passez à la page 13, vous vous apercevez tout à coup que les décisions et les mesures sont limitées par tout le reste, formant un système.

Going to page 14 — and this is not what I would do, but it helps illustrate the point — in practical terms, if you want to reduce the number of young offenders, you need to identify these kids in the early school years and bring in child welfare and mental health professionals to help work with them, getting drug dependency people involved because many of them are likely to get themselves involved with drugs. You cannot do this without cooperative programs, but also you cannot force that cooperation.

If we set that as our goal, “reduce your baseline rate,” let us take 1 per cent of our total provincial spending on children and youth and set that up as an incentive or reward. Administrators like to have money for their services, and if reducing their baseline rate brings them an extra million dollars in operating expenses for their region, that is a powerful incentive. I am saying that it is not what I would do, but I want to illustrate the point. That at least brings about the need for cooperation when it does not exist.

Similarly, you can do the same thing for preventive programs, as I pointed out with the one on community prevalence rates with drugs. You can use that same method.

Now, there is much more that can be done about this. However, in conclusion, I would state that there are additional models to add to our repertoire of services delivery methodology. The self-regulating services delivery model is an option that we hope can add to the thinking about health care services, mental health services, services to children and youth. It is a way of turning a collection of services into a system of care.

On page 16 is what I am not telling you because I only had so much time. Thank you.

The Chairman: I must say, in response to your comment on incentives and rewards, our entire previous health report was built on the notion that you could only change behaviour in a system that complex by offering incentives. I think we described it as putting in place incentives such that rational persons operating in their own self-interest would exhibit the behaviour we want them to exhibit. That same principle will clearly underline this one, so thank you for that.

Susan, where can we get a copy of the provincial standards for mental health services? Whom do we phone?

Ms. Mercer: I brought a copy, but it is also on the provincial government website.

The Chairman: I share the frustration about the amount of research that is being done on mental health issues, whether as practice research or into specific mental health issues, as opposed to what I would call basic science of neurology. The research institute that Rémi Quirion heads has two parts to it. It has a

Passons à la page 14 — et ce n'est pas ce que je ferais, mais cela permet d'illustrer ce que je veux dire — pratiquement, si vous voulez diminuer le nombre de jeunes contrevenants, il faut les repérer dès les premières années d'école et faire intervenir l'aide sociale à l'enfance et les professionnels de la santé mentale, de même que des toxicomanes, puisque bon nombre d'entre eux risquent de consommer des drogues. Il est impossible de le faire sans programmes coopératifs, mais on ne peut pas non plus imposer ce genre de coopération.

Si la réduction du pourcentage de base est l'objectif visé, mettons de côté 1 p. 100 des dépenses totales de la province affectées aux enfants et aux jeunes afin de constituer un fonds pour les mesures incitatives ou les récompenses. Les administrateurs aiment avoir des fonds pour leurs services et une réduction du pourcentage de base susceptible de leur rapporter un million de dollars de plus pour les dépenses de fonctionnement de leur région est une importante mesure incitative. Ce n'est pas ce que je ferais, mais je voulais illustrer ce point précis, qui permet de souligner la nécessité de coopération lorsqu'elle n'existe pas.

On peut procéder exactement de la même façon pour les programmes de prévention, comme je l'ai déjà dit à propos du programme communautaire relatif à la toxicomanie. On peut utiliser la même méthode.

On pourrait en faire beaucoup plus à cet égard. Cependant, en conclusion, je dirais qu'il y a d'autres modèles à ajouter à notre répertoire de méthodes de prestation de services. Le système autonome de prestation de services est une option que nous espérons pouvoir ajouter à la réflexion sur les services de soins de santé, les services de santé mentale et les services aux enfants et aux jeunes. C'est une façon d'intégrer toute une gamme de services au système de soins de santé.

Je ne vous parlerai pas de la page 16, parce que je manque de temps. Merci.

Le président : En réponse à votre observation sur les mesures incitatives et les récompenses, je dois dire que notre dernier rapport sur la santé se fondait entièrement sur l'idée qu'on ne peut changer un comportement dans un système aussi complexe qu'en offrant des mesures incitatives. Si je me rappelle bien, nous avons dit qu'il fallait mettre en place des incitatifs pour que les personnes rationnelles qui agissent dans leur propre intérêt affichent le comportement qu'on attend d'elles. Ce même principe sous-entendra certainement celui-là, donc je vous remercie.

Susan, où pouvons-nous obtenir un exemplaire des normes provinciales pour les services de santé mentale? À qui pouvons-nous téléphoner?

Mme Mercer : Je vous en ai apporté un exemplaire, mais vous les trouverez aussi sur le site Web du gouvernement provincial.

Le président : Je partage votre frustration sur la quantité de recherches effectuées en santé mentale, sur la pratique et les problèmes de santé mentale en particulier, par rapport aux recherches sur ce que j'appellerais la science fondamentale de la neurologie. L'institut de recherche dirigé par Rémi Quirion se

mental health part and a neurological science part. We have been trying to roughly calculate the allocation of resources, but somewhere between two-thirds and three-quarters goes to the neurological part and somewhere under a third to the mental health part. You also all made the observation that something clearly needs to be done to correct that imbalance. I have a question for you, and I want to take off the table the easy answer, which is to get the federal government to put a lot more money into research. Let us suppose that the total CIHR pie does not change. Expanding the pie is a simple solution, so let's take that off the table. From a straight economic return for the dollar standpoint, more money in mental health research will be infinitely more helpful than a lot of the other things they do, which is not to knock those other things. How do we get there?

Dr. McGrath: There are 13 institutes. The institute budgets are only about 30 per cent, a small percentage, of the total budget. Most of the money is given on the basis of individual investigators submitting a grant, and that goes into a large pot. I can submit a grant on anything I want, and then it is peer reviewed and I just designate which institute it goes to. However, the institutes do not control the money at all. Most of the money is in "CI trust central," to use that term, and in the individual investigator-initiated grants. It is not only the mental health institute that would fund mental health research. I received a grant from Gender and Health on postpartum depression. Some of the money coming from —

The Chairman: That was from the Institute —

Dr. McGrath: — of Gender and Health. It was on postpartum depression. I recently got a grant from the CIHR on rural health, and you can see how some of my work would relate to rural health. That was not from any one institute. The institute that I am most familiar with is the Institute for Human Development and Child and Youth Health, and I just helped draft a large RFA — I am on their institute advisory board — on the developmental trajectories of children, of which mental health is a very important one.

It is very difficult to find out exactly how much money goes to mental health research, and part of it is a push by the CIHR in terms of making money available to the individual institutes, but part of it is a pull from people in the scientific community developing grants and asking for money. It is a complex, interwoven issue. It is true that most of the CIHR budget is for basic science. That is across the board. That is historic, because the CIHR came out of the NRC. It is only three or four years since it took over from the NRC, expanded its base from basic biomedical science and lab-based research, did some clinical work and moved on into health services and psychosocial epidemiological research. It is not as simple as looking at the budget of the Neuroscience, Mental Health and Addictions Institute. Just looking at the printouts, it is hard to know how

divise en deux parties. Il y a une partie sur la santé mentale et une partie sur la neurologie. Nous avons essayé de calculer à peu près les ressources allouées, et des deux tiers aux trois quarts des ressources vont à l'aspect neurologique, alors que moins du tiers vont aux recherches sur la santé mentale. Vous avez tous fait observer qu'il fallait vraiment faire quelque chose pour corriger ce déséquilibre. J'ai une question pour vous, mais je voudrais qu'on évite la réponse facile qu'il faut que le gouvernement fédéral investisse plus d'argent dans la recherche. Supposons que l'enveloppe totale des IRSC ne change pas. La solution facile serait d'augmenter cette enveloppe, donc laissons-la de côté. Du strict point de vue du rendement économique des fonds investis, il serait infiniment plus utile d'investir davantage dans la recherche sur la santé mentale que de faire bon nombre des choses qu'on fait déjà, et je n'entends pas par là qu'il faut laisser tomber tout le reste. Comment pouvons-nous y arriver?

Le Dr McGrath : Il y a 13 instituts. Le budget des instituts ne représente qu'environ 30 p. 100 du budget total, ce qui est assez peu. La plupart des fonds sont octroyés par voie de subventions à des chercheurs en particulier; cela constitue la plus grande partie du budget. Je peux offrir une subvention pour n'importe quel sujet de recherche, puis il y aura un examen par les pairs et je n'aurai qu'à désigner l'institut qui s'en occupera. Cependant, ces instituts n'ont aucun contrôle sur l'argent. La plupart des fonds se trouvent dans la fiducie centrale des IC, si l'on peut le dire ainsi, et dans les subventions octroyées à des chercheurs en particulier. Ce n'est pas seulement l'institut de la santé mentale qui finance la recherche sur la santé mentale. J'ai reçu une subvention de l'Institut de la santé des femmes et des hommes sur la dépression du post-partum. Il y a de l'argent qui vient de...

Le président : C'était de l'Institut...

Le Dr McGrath : ...de la santé des femmes et des hommes. Sur la dépression du post-partum. J'ai récemment reçu une subvention des IRSC sur la santé en milieu rural, et vous pouvez constater qu'une partie de mon travail porte sur la santé en milieu rural. Cela ne venait pas d'un institut en particulier. L'institut que je connais le mieux est l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, et je viens de l'aider à préparer un grand appel de demandes — je siège au comité consultatif de cet institut — sur les trajectoires de développement des enfants, dont la santé mentale est un aspect très important.

Il est très difficile de déterminer exactement combien d'argent est investi en recherche sur la santé mentale, et cela vient en partie des pressions exercées par les IRSC pour permettre aux divers instituts d'avoir accès à des fonds, mais c'est aussi attribuable en partie au fait que bien des gens du milieu scientifique créent des subventions et demandent de l'argent. C'est une question complexe qui a beaucoup de ramifications. Il est vrai que l'essentiel du budget des IRSC va à la science fondamentale. C'est ainsi partout. Cela a toujours été, parce que les IRSC sont issus du CNRC. Cela ne fait que trois ou quatre ans depuis que les IRSC ont repris le flambeau du CNRC, qu'ils ont élargi leur champ de recherche pour inclure les sciences biomédicales fondamentales et la recherche en laboratoire, qu'ils ont commencé à faire du travail clinique et qu'ils s'intéressent aux

much money is devoted to neuroscience research. I am sure that CIHR can begin to look at that and I would be interested in looking at it with you.

If you want more research, you have to provide more money. You have to give mental health researchers money. That is what it takes, and that will move them in the direction you want. If you target money for mental health, they will come. You can see that very clearly in the research on HIV/AIDS and on breast cancer. Money moved researchers toward doing that work. Initially, it was hard to find enough good researchers to take the money. However, in the last 10 years we have seen a flood of good research into HIV and into breast cancer.

The Chairman: What you are saying to me is — I just want to be clear, when you said more money — we should say to CIHR, “You have to target X per cent of your budget, whatever the number is, to issues directly related to mental health.”

Dr. McGrath: I think that the way to do it is to help CIHR partner, for example, with others to increase the pie. We do not have enough money in Canada in health research. We are still, even though it has improved dramatically, in the lower third of the G8 countries. It is not a matter of the CIHR having a lot of funding and they could just target that. Certainly targeted funding within CIHR is one good way, but I think it is more useful to collaborate with CIHR and try to grow the pie.

The Chairman: Sorry, I do not disagree with that, but my fallback would be to ring-fence the money, even if it meant decreasing the amount they are spending on other things.

Dr. McGrath: I think that would be one strategy.

The Chairman: I did not mean to monopolize the conversation here. Anybody else want to comment? Because I think it is a critical question.

Ms. Mercer: Just quickly on research, we have several clinicians who work daily with kids and would like to advance the research, but again it comes back to our wait-lists are so long we cannot even free them up one day a week to do the research. Therefore, after putting funding into the actual research grants, you then do not have the resources to be able to carry out that research.

Dr. Junek: If you want adults who will look after their health and their mental health, you need to start with children, and you need to start with their mental health. It should be the number one priority. You cannot get there if you do not look after their physical health. However, many people will stop at physical health and forget about mental health.

services de santé et à la recherche épidémiologique psychosociale. Ce n'est pas aussi simple que d'examiner le budget de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. À la simple lecture des états financiers, il est difficile de savoir combien d'argent va aux recherches sur les neurosciences. Je suis certain que les IRSC pourraient se pencher sur la question, et je serais bien curieux d'examiner la chose avec vous.

Si vous voulez faire plus de recherches, vous devez y investir plus d'argent. Il faut donner de l'argent aux chercheurs en santé mentale. C'est ce qu'il faut, et cela va leur permettre d'avancer dans la direction que vous voulez. Si vous réservez de l'argent à la santé mentale, les chercheurs vont venir. On peut le voir très clairement dans la recherche sur le VIH/SIDA et sur le cancer du sein. L'argent a attiré les chercheurs vers ce travail. Au début, il était difficile de trouver assez de bons chercheurs pour prendre cet argent. Cependant, depuis 10 ans, nous constatons un afflux de bonnes recherches sur le VIH et sur le cancer du sein.

Le président : Je veux seulement bien comprendre ce que vous entendez par plus d'argent. Vous me dites que nous devrions dire aux IRSC : « Vous devez réserver X p. 100 de votre budget, peu importe, aux questions directement liées à la santé mentale. »

Le Dr McGrath : Je pense qu'il faudrait aider les IRSC à se trouver des partenaires, par exemple, pour augmenter l'enveloppe budgétaire. Il n'y a pas assez d'argent pour la recherche en santé au Canada. Même si la situation s'est beaucoup améliorée, nous sommes toujours parmi les trois pays du G8 les moins généreux à ce titre. Ce n'est pas que les IRSC ont beaucoup d'argent et qu'ils n'auraient qu'à cibler ce champ de recherche. Bien entendu, il serait bon que les IRSC réservent des fonds, mais je pense qu'il serait encore plus utile de collaborer avec les IRSC et de faire augmenter l'enveloppe budgétaire.

Le président : Je suis désolé, je ne suis pas en désaccord avec cela, mais la solution que je vois serait d'assortir les fonds de critères, même si cela signifiait qu'il faut diminuer la somme consacrée à d'autres choses.

Le Dr McGrath : Je pense que ce serait une stratégie.

Le président : Je ne voulais pas monopoliser la conversation. Y a-t-il quelqu'un d'autre qui veut s'exprimer? Je pense que c'est une question critique.

Mme Mercer : Très brièvement, sur la recherche, nous avons plusieurs cliniciens qui travaillent tous les jours avec des enfants et qui aimeraient faire avancer la recherche, mais encore une fois, nos listes d'attente sont si longues que nous ne pouvons pas les libérer une journée par semaine pour faire de la recherche. Par conséquent, même si l'on prévoit des subventions de recherche, on n'a pas les ressources nécessaires pour effectuer ces recherches.

Le Dr Junek : Si l'on veut que les adultes s'occupent de leur santé et de leur santé mentale, il faut commencer par les enfants, il faut commencer par s'occuper de leur santé mentale. Ce devrait être la priorité n° 1. On ne pourra pas y arriver si l'on ne s'occupe pas de leur santé physique. Cependant, beaucoup de gens s'arrêteront à la santé physique et oublieront la santé mentale.

If you make mental health of children the number one priority that in turn ensures that you are more likely to get adults who will care about and look after their health. That is an argument from my perspective for putting research money into children, and into children's mental health. Furthermore, children constitute roughly 25 per cent of the population, but I can assure you we do not get 25 per cent of the service delivery money or the research money.

The Chairman: I understand why you may not want to identify specific practices that you described as unproven therapies and with which there are problems, because there may be people taking them. However, how the heck do we attack your best practices?

Dr. Orlik: On the research side first, CIHR also from time to time invites people to make proposals in an area that CIHR is interested in, or in which somebody has suggested that CIHR should be interested. To some extent, it is feeding that information into CIHR in a consensual manner. If we have large national organizations that could have influence on that, we could have consensus conferences about what is required in terms of a research strategy regarding child and adolescent mental health, feed that information to CIHR and increase the number of proposals that would result.

The other part is Dr. McGrath is a very successful researcher in many ways because of his output, the grants and his expertise. There are not enough Dr. McGraths around. There are many young researchers who have a hard time getting off the ground and need the mentoring of a Dr. McGrath, a research environment, and to stand up to what Sue Mercer was talking about regarding the service pressures. How do we develop a cadre of young researchers who will be mentored, supported, and not be discouraged from clearing what are sometimes very high hurdles in order to get a CIHR grant.

CIHR is the big national organization. I think we need to think of some other kind of funding mechanism. Nova Scotia has made a small start with the Nova Scotia Health Research Foundation; there is the Canadian Psychiatric Research Foundation. There are other kinds of funding bodies, and perhaps in regards to children and adolescents, with the help of investments, other research bodies could make it somewhat easier for people to get their feet wet in research and develop the initial expertise that will then give them a leg up on the big CIHR grants.

Switching to the ineffectual kinds of therapies, the largest proportion of kids that we tend to see are those with a group of disorders that we call disruptive behaviour disorders. These are children with oppositional defiant disorder, conduct disorder, attention deficit disorder. We have a lot of evidence that money is being spent by organizations, by government agencies, by child welfare agencies, by private practitioners, by families — from

Si l'on faisait de la santé mentale des enfants la priorité n° 1, on aurait plus de chance de produire des adultes qui se soucient et qui s'occupent de leur propre santé. À mon avis, c'est un argument pour investir des fonds de recherche dans les enfants et leur santé mentale. De plus, les enfants représentent environ 25 p. 100 de la population, mais je peux vous assurer que nous ne recevons pas 25 p. 100 de l'argent alloué à la prestation de services ou à la recherche.

Le président : Je comprends pourquoi vous ne voulez peut-être pas nommer de pratiques précises que vous décrivez comme des thérapies n'ayant pas fait leurs preuves et posant des problèmes, parce qu'il peut y avoir des personnes qui reçoivent ce type de traitement. Cependant, comment pouvons-nous nous attaquer à vos pratiques exemplaires?

Le Dr Orlik : En matière de recherche, les IRSC invitent de temps à autre les gens à présenter des propositions dans des domaines auxquels les IRSC s'intéressent ou dans lesquels on a dit aux IRSC qu'ils devraient investir. Dans une certaine mesure, ce type d'information est communiqué aux IRSC avec le consensus de tous. Si les grands organismes nationaux pouvaient exercer une influence en ce sens, nous pourrions avoir des conférences consensuelles sur ce qu'il faudrait adopter comme stratégie de recherche sur la santé mentale des enfants et des adolescents, communiquer l'information aux IRSC et faire augmenter le nombre de propositions en conséquence.

Je dois aussi dire que le Dr McGrath a beaucoup de succès à bien des égards dans ses recherches en raison de ses résultats, des subventions et de sa compétence. Il n'y a pas assez de Dr McGrath. Il y a beaucoup de jeunes chercheurs qui ont de la difficulté à prendre leur envol et qui ont besoin de l'encadrement d'un Dr McGrath, d'un environnement de recherche, et qui essaient d'être à la hauteur des attentes dont parlait Sue Mercer au sujet des services. Comment pouvons-nous concevoir une structure pour que les jeunes chercheurs soient encadrés, appuyés et qu'ils ne se découragent pas devant les obstacles qui s'avèrent parfois très grands pour obtenir une subvention des IRSC.

Les IRSC sont la grande organisation nationale. Je pense qu'il faut réfléchir à d'autres mécanismes de financement. La Nouvelle-Écosse a fait un petit pas en ce sens avec la Nova Scotia Health Research Foundation. Il y a aussi la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie. Il y a d'autres organismes de financement et peut-être y a-t-il d'autres organismes de recherche qui pourraient, au moyen d'investissements, rendre la tâche plus facile aux gens qui veulent s'initier à la recherche sur les enfants et les adolescents et acquérir les compétences de base qui leur permettront d'accéder aux grandes subventions des IRSC.

Pour ce qui est des types de thérapie qui semblent inefficaces, la plupart des enfants que nous voyons souffrent de problèmes appartenant aux troubles de comportement perturbateur. Ces enfants souffrent de troubles oppositionnels avec provocation, de troubles de comportement, de déficit d'attention. Il est largement attesté que des organisations, des organismes gouvernementaux, des services de protection de l'enfance, des praticiens privés et des

private sources and even through insurance money — on providing individual psychotherapy for these children. There is absolute evidence that individual psychotherapy does not work with any of these children. Analytic models, psycho-dynamic models, do not work with these children. A great deal of money is spent on those kinds of therapies that could long ago have been reinvested in all kinds of other areas.

The Chairman: You mean, for instance, when someone decides to take an 8-year-old or a 10-year-old to a clinical psychologist for counselling sessions?

Dr. Orlik: If that 8- or 10-year-old is breaking societal rules, is violent with his mother, is controlling younger siblings and is disruptive in the classroom, then individual counselling will be a waste of time.

Dr. McGrath: It is worse than a waste of time. Dr. Orlik is right. It is harmful.

Senator Cook: Then why are we doing these “best practices”?

Dr. Orlik: Because we had a culture that said that psycho-dynamic therapies are the answer to humanity's ills. We had leaders who were charismatic in their practices, impressive in what they did and who espoused therapies that made good sense, or sounded so complex that people said, “Well, it must be correct.” These practices have been in place for a long time, and as in other cultures, it has been difficult to change things around. This culture has resisted, also through medical-political means, if you like, research interventions to study its outcomes. It has said, “Our outcomes cannot be studied. Double-blind trials, control trials, do not apply to what we do. The outcome is very long term. You cannot study in eight weeks or twelve weeks or three months what the outcome is. You need to be involved in this kind of therapy for three years, for five years,” and things of that kind. There has been an anti-evaluation component to that culture, and a perpetuation by a large number of people who have huge investments in it, not the least of which are financial investments, because you can make good money as a private practitioner by hanging out your shingle and saying, “I provide this kind of counselling.”

The Chairman: What do we do about it?

Dr. Juneke: Well, I will often speak from the standpoint of a self-regulating service delivery model. The point that I would make here is that if you are a regional jurisdiction responsible for the delivery of services to the children within your region, there is no incentive to use a method of service delivery that will be effective. Your incentives are much more structured around whether or not the child gets to a service, and whether or not the volume of services is roughly meeting the number of children and the waiting lists are too long. Incentives do not exist to find out whether the children in your region are actually functioning better this year than they were five years ago or better than in region A or region C. There are no incentives to incorporate the latest

familles dépensent de l'argent — tiré de sources privées et même d'assurances — pour offrir une psychothérapie individuelle à ces enfants. Il est absolument prouvé que la psychothérapie individuelle ne fonctionne pas pour ces enfants. Les modèles analytiques et psychodynamiques ne s'appliquent pas à ces enfants. On dépense beaucoup d'argent pour ce type de thérapie, alors qu'on pourrait depuis longtemps l'investir dans d'autres domaines.

Le président : Vous pensez par exemple à une personne qui décide d'amener un enfant de 8 ou 10 ans dans une clinique de psychologie pour consultation?

Le Dr Orlik : Si cet enfant de 8 ou 10 ans enfreint des règles sociales, qu'il est violent avec sa mère, qu'il a la mainmise sur ses frères et sœurs plus jeunes et qu'il dérange les élèves de sa classe, alors il sera une perte de temps de lui offrir des consultations individuelles.

Le Dr McGrath : C'est pire qu'une perte de temps. Le Dr Orlik a raison, c'est même dommageable.

Le sénateur Cook : Alors pourquoi appliquons-nous ces « pratiques exemplaires »?

Le Dr Orlik : Parce que dans notre culture, nous nous disons que les thérapies psychodynamiques sont la réponse aux maux de l'humanité. Nous avons eu des leaders charismatiques dans leur discipline, dont les réalisations étaient impressionnantes et qui embrassaient des thérapies d'apparence logique ou tellement complexe qu'on était porté à croire qu'elles devaient être bonnes. Ces pratiques prévalent depuis longtemps, et comme dans d'autres cultures, il est difficile de changer les choses. Cette culture résiste, malgré des mesures médico-politiques, si l'on veut, des interventions de recherche pour évaluer ses résultats. Ses tenants disent qu'on ne peut pas étudier leurs résultats, que les essais à double insu et les essais de contrôle ne s'appliquent pas à ce qu'ils font. Ils disent que les résultats ne s'observent qu'à très long terme, qu'on ne peut pas étudier en huit ou douze semaines ou encore en trois mois le résultat de ces thérapies, qu'il faudrait suivre ce type de thérapie pendant trois ans, cinq ans, et ainsi de suite. Cette culture comporte un aspect anti-évaluation et elle est perpétuée par un grand nombre de personnes pour qui elle représente un immense investissement, dont le moindre n'est pas l'aspect financier, parce qu'on peut faire beaucoup d'argent en pratique privée si l'on s'affiche comme spécialiste de ce type de thérapie.

Le président : Que pouvons-nous faire?

Le Dr Juneke : Je vais souvent vous répondre du point de vue du système autonome de prestation de services. Je dirais qu'il n'y a rien pour inciter les administrations régionales responsables de la prestation de services aux enfants dans une région à utiliser un mode de prestation de services efficace. L'incitatif vient plutôt du fait que l'enfant reçoive ou non un service et que le volume de services corresponde à peu près au nombre d'enfants dans le besoin, puis que les listes d'attente ne soient pas trop longues. Il n'y a pas de mesure pour les pousser à déterminer si les enfants de leur région fonctionnent mieux cette année qu'il y a cinq ans ou s'ils fonctionnent mieux dans la région A ou dans la région C. Il n'y a rien qui incite ces administrations à intégrer les dernières

research. It is as though we said to the Ford Motor Company, "We want to make sure you are making cars, but we do not pay attention to whether or not you are making cars that work and that people want to buy. Our job is to set up the factories to produce."

Senator Cook: I sit here and hear that a child is in need. A service is available, but does not meet the needs of the child. Within the concept of a health care profession whose motto is do no harm, how do we find ourselves in a situation where we are giving inappropriate services with no measurable outcomes? I am confused.

Dr. Orlik: I said that these kinds of therapies can be harmful. The proponents of the therapy, the parents, agencies that acquire that service on behalf of their clients, would not look at that issue at all. They would look at what Dr. Juneke is talking about, which is that they are getting a service, it is accessible to them, and surely, because they are paying good money for it, they must be getting a good service. The notion of harm or ineffectuality does not even enter into it. It is very difficult to debate with those kinds of practitioners in those kinds of environments.

Senator Pépin: I am confused. We heard how important it was to have the children see a doctor, not to have too-long waiting lists and things like that. Now you tell us that the child should not be seen alone, if I understand you. What then is the best treatment for those children?

Dr. Orlik: I can give you an example of the kids I talked about before, the children with disruptive behaviour disorders. The parents who look after these children need to learn a skill set to manage their children's behaviour. They need to learn where they can inadvertently make the behaviour worse. They need to desist from certain kinds of practices and reflexive interventions with these children, and they need to learn in a number of different ways.

Dr. McGrath talked about one model of care that he successfully developed. They need to learn skills to manage disruptive, provocative, interfering, aggressive behaviour on a behavioural kind of model, rather than on a psycho-dynamic, psychoanalytic kind of model. They need to do it with their kids and to do it properly. Dr. McGrath has a system which is manualized, meaning there are procedures to follow. There is a lot of research to show that if you follow manuals, that if you follow directions, the outcomes are a great deal better. You can do comparative kind of studies as a result of that, rather than if you just follow your own intuition or your own charismatic approach to something. There are a variety of very effective ways.

More severely disturbed young people can be placed in a multi-systemic kind of environment where you address various parts of the system that contribute to the difficulties. For example, children with disruptive behaviour disorders get ejected from everywhere. They get ejected from school. Now you have a child who has a behaviour disorder with a parent who is ineffectual. The school's answer is zero tolerance. The child gets

recherches à leurs services. C'est comme si nous disions à Ford : « Nous voulons être bien certains que vous fabriquez des voitures, mais nous ne nous soucions pas du fait que vous fabriquiez des voitures fonctionnelles que les gens veulent acheter. Notre travail consiste à établir des usines pour produire. »

Le sénateur Cook : Je suis assise ici et j'entends qu'un enfant est dans le besoin. Un service est offert, mais il ne répond pas aux besoins de l'enfant. Cette profession de soins de santé a pourtant pour mot d'ordre de ne pas faire de mal, donc comment se fait-il que nous en soyons rendus à donner des services inappropriés, dont les résultats ne sont pas mesurables? Je suis confuse.

Le Dr Orlik : J'ai dit que ce type de thérapie pouvait être dommageable. Les tenants de cette thérapie, les parents, les organismes qui acquièrent ce service au nom de leurs clients ne se posent pas du tout la question. Ils s'arrêtent à ce dont parle le Dr Juneke, c'est-à-dire qu'ils obtiennent un service, qu'il est accessible et que bien entendu, comme ils le paient cher, ils doivent obtenir un bon service. La notion de dommage ou d'inefficacité n'entre même pas en ligne de compte. Il est très difficile de débattre de la question avec les praticiens dans ce contexte.

Le sénateur Pépin : Je suis confuse. On nous a dit combien il était important que l'enfant voit un médecin, qu'il n'y ait pas de longues listes d'attente et ainsi de suite. Vous nous dites maintenant que cet enfant ne devrait pas être vu seul à seul, si je vous comprends bien. Quel serait alors le meilleur traitement pour ces enfants?

Le Dr Orlik : Je peux vous donner l'exemple des enfants dont je viens de parler, des enfants qui souffrent de troubles de comportement perturbateur. Les parents de ces enfants doivent acquérir les compétences nécessaires pour gérer le comportement de leurs enfants. Ils doivent apprendre qu'ils peuvent par inadvertance empirer ce comportement. Ils doivent éviter certaines façons de faire et certaines interventions avec ces enfants, et ils doivent l'apprendre de diverses façons.

Le Dr McGrath a parlé d'un modèle de soins qu'il a conçu et qui porte fruit. Les parents doivent acquérir les compétences nécessaires pour gérer le comportement perturbateur, provocateur et agressif sur la base d'un modèle behavioriste plutôt que d'un modèle psychodynamique, psychoanalytique. Ils doivent l'appliquer à leurs enfants et le faire adéquatement. Le Dr McGrath a un système basé sur un manuel, c'est-à-dire qu'il y a une marche à suivre. Il y a beaucoup de recherches qui montrent que si l'on suit des instructions, si l'on suit un manuel, les résultats sont bien meilleurs. On peut faire beaucoup plus d'études comparatives ensuite que lorsqu'on suit seulement sa propre intuition ou sa démarche charismatique. Il y a divers moyens très efficaces.

Les jeunes les plus perturbés peuvent être placés dans un milieu multisystémique, où l'on peut s'attaquer aux divers éléments du système qui contribuent aux difficultés. Par exemple, les enfants présentant des troubles de comportement perturbateurs sont exclus partout. Ils sont exclus de l'école. Ensuite l'enfant se retrouve avec son comportement perturbateur et un parent inefficace. La réponse de l'école est la tolérance zéro. L'enfant

sent home to a parent who does not know how to manage that child, the child does not get any education, and when he or she comes back to school, is now disconnected from the rest of the children. You have perpetuated the problem.

In a multi-systemic approach you would look at aspects of the system. You would look at the school, the community services, at community-based facilities, at parenting skills, at the child learning temper management, temper control, and things of that kind. Put it together into a package and away you go. Those are effective therapies.

Dr. McGrath: Yes, the type of thing that you would do is to teach the parents first of all to pay attention to a four-year-old who is disruptive — not the 12-year-old who is burning down houses or stealing cars. Almost every one of those kids was a four-year-old who was disruptive, as Dr. Orlik was saying. You teach them first of all to pay attention to good behaviour. It is a very simple concept, but very difficult to teach. How do you give attention in difficult, complex environments? Then you might look at teaching positive pro-social behaviour by using behaviour charts, by using consequences. Then you might teach how to use different forms of negative punishment, not severe, but just some immediate consequences. Then you teach them to problem solve. You teach them how to deal with the school. That is what you do for parents of kids with disruptive behaviours.

They are difficult to work with because many of them have the same types of problems as the children. God does not randomly assign children to parents. She gives the toughest kids to the parents with the fewest skills. We have to figure out multiple ways, not just the program that I developed. There are entire groups of different types of evidence-based interventions that are all similar.

Now, you do involve an anxious kid in the therapy, and the fundamental psychological treatment for anxiety is exposure. It is exactly what your mother said, "You fall off the bike; you get back on." However, you have to teach some skills in order to get them there. You use different therapies for different problems, and if you look at the research evidence, it is very clear. The psycho-dynamic individual approach, where you see kids with disruptive behaviour face to face in your office, is disastrous.

When the kids tear up our manuals or hide them on the parents, that is the major impact they have in terms of dealing with our treatment. We do not talk to them at all because that is not what works. Now, if future research shows that a different approach works, that is what we should do.

However, we have to do research. We have to continue to do research, not only in the universities, but that is integrated with the health system, closely allied with the health system, where

est renvoyé à la maison avec un parent qui ne sait pas comment l'encadrer, l'enfant ne reçoit pas d'éducation et lorsqu'il revient à l'école, il est déconnecté des autres enfants. On ne fait que perpétuer le problème.

La philosophie multisystémique permet d'examiner les divers aspects du système. On s'interroge sur l'école, les services communautaires, l'infrastructure communautaire, les compétences des parents, la gestion du tempérament d'apprentissage de l'enfant, le contrôle de la colère et d'autres éléments du genre. Mis ensemble, tous ces éléments constituent une solution complète. Ces thérapies sont efficaces.

Le Dr McGrath : Oui, on apprendrait par exemple aux parents à porter d'abord attention à l'enfant de quatre ans qui a un comportement perturbateur — pas à l'enfant de douze ans qui met le feu à des maisons ou qui vole des voitures. Presque tous ces enfants ont d'abord été des enfants de quatre ans au comportement perturbateur, comme le Dr Orlik l'a dit. Il faut d'abord leur apprendre à prêter attention au bon comportement. C'est un concept très simple, mais très difficile à enseigner. Comment peut-on y prêter attention dans un environnement difficile et complexe? Ensuite on peut envisager d'enseigner un comportement positif sociable en s'inspirant de tableaux de comportement et de conséquences. On peut leur apprendre à utiliser différentes formes de punitions négatives, pas très sévères, mais qui ont les conséquences immédiates. Ensuite, on leur apprend à résoudre des problèmes. On leur apprend à composer avec le milieu scolaire. C'est ce qu'il faut faire pour aider les parents d'enfants ayant des comportements perturbateurs.

Il est difficile de travailler avec eux parce que bon nombre d'entre eux ont le même type de problèmes que les enfants. Le Bon Dieu n'assigne pas les enfants aléatoirement aux parents. Elle donne les enfants les plus difficiles aux parents qui ont le moins d'aptitudes. Il nous faut imaginer de multiples moyens, pas seulement que le programme que j'ai créé. Il y a tout un tas de types différents d'interventions fondées sur l'expérience clinique qui se ressemblent toutes les unes et les autres.

Maintenant, on embarque un enfant anxieux dans la thérapie, et le traitement psychologique fondamental pour l'anxiété, c'est l'exposition. C'est exactement comme votre mère vous l'a dit, « Si tu tombes du vélo, tu remontes en selle ». Cependant, il faut enseigner certaines aptitudes pour qu'ils puissent se rendre jusque là. On applique diverses thérapies à différents problèmes, et si on regarde les conclusions des recherches, c'est très clair. L'approche psychodynamique individuelle, où on reçoit en privé dans son cabinet l'enfant qui a un comportement perturbateur, est désastreuse.

Lorsque les enfants déchirent nos manuels ou les cachent de leurs parents, c'est le plus grand impact qu'ils peuvent avoir pour ce qui est de composer avec notre traitement. Nous ne leur parlons pas du tout, parce que cela ne donne rien. Maintenant, si d'autres recherches à venir démontrent qu'une approche différente fonctionne, c'est elle que nous devrions adopter.

Cependant, il faut faire des recherches. Nous devons continuer la recherche, non pas seulement dans les universités, mais des recherches intégrées dans le système de santé, qui y sont

decision-makers are involved right from the beginning so that we can actually have an impact on services. When Dr. Orlik talks about the non-evidence-based practice, it is not so much in the provincial health system. There are some provincial health programs in some provinces that do not have evidence-based practice, but they are very interested in looking for that in Nova Scotia and in Ontario. I do not know about all the other provinces, but B.C. is the same. However, there is an entire history of, "We cannot evaluate this. We cannot apply science to it. Just do as I say."

Ms. Mercer: We have a couple of small teams that work with children in this way. We have a day-treatment program that works very closely with the schools and with the families. We have an intensive community-based treatment program where five workers work with the families. These workers and clinicians are working with very small caseloads because they are not just seeing one child. They are seeing the family, the teacher, the school and the neighbours. You know the saying it takes a village to raise a child. Well, it is the same with mental health difficulties

When you look at the money in relation to the number of children served, it is an expensive program. However, I said the children who sit on our wait-list are those with behaviour disorders and conduct disorders, and what we have to meet their needs is very small.

It takes a shift in thinking and involvement of families right from the beginning. When I say "families," it could be foster families, it could be the neighbour who takes care of the child every day because especially with children and adolescents, they cannot sit in an office for an hour and take with them what they learned. However, they are more expensive approaches than the traditional office-based treatment.

Senator Cordy: As a former elementary schoolteacher, it is music to my ears to hear you talking like this, because I remember the frustration level with one particular case. The foster mother and I had a wonderful dialogue about the child not having the skills to deal with a group of over 30 children in a classroom. The doctor was continually saying, "The child is doing fine when he is alone with me." Until the child was being peeled off the ceiling in the doctor's office and the doctor said, "I thought I told you to give him his medication before you brought him to see me." The foster mother said, "I gave him a double dose just before we left the house." The doctor said, "Then I guess we had better start to talk about what is really happening." To hear you speaking today is a breath of fresh air.

What happens so often is these children who desperately need socialization skills are removed not only from the school setting, but, as you mentioned, from sports, Brownies, Cubs, et cetera. Nobody wants to deal with them because they have not developed

étroitement liées, où les responsables des décisions s'engagent dès le début pour qu'on puisse vraiment avoir un effet sur les services. Lorsque le Dr Orlik parle de pratiques qui ne sont pas fondées sur les preuves, ce n'est pas tellement dans le système de santé provincial. Il y a des programmes de santé, dans certaines provinces, qui n'ont pas de pratiques fondées sur l'expérience clinique, mais ils sont très intéressés à cela en Nouvelle-Écosse et en Ontario. Je ne sais pas ce qui en est des autres provinces, mais c'est la même chose pour la Colombie-Britannique. Cependant, il y a toute une histoire de « Nous ne pouvons pas évaluer ceci. Nous ne pouvons pas y appliquer de données scientifiques. Faites seulement ce que je vous dis ».

Mme Mercer : Nous avons des petites équipes qui travaillent avec les enfants de cette façon. Nous avons un programme de traitement de jour qui fonctionne en étroite collaboration avec les écoles et les familles. Nous avons un programme de traitement communautaire intensif, où quatre personnes travaillent avec les familles. Ces travailleurs et cliniciens n'ont que très peu de cas, parce qu'ils ne font pas que voir un seul enfant. Ils rencontrent les proches, l'enseignant, l'école et les voisins. Vous connaissez le proverbe qui dit qu'il faut un village pour élever un enfant? Eh bien, c'est la même chose en ce qui concerne les troubles mentaux.

Si on regarde les coûts par rapport aux nombres d'enfants servis, c'est un programme très coûteux. Toutefois, j'ai dit que les enfants qui sont sur notre liste d'attente sont ceux qui ont des troubles de comportement et de conduite, et ce dont nous disposons pour répondre à leurs besoins est très mince.

Il faut un virage dans le mode de pensée et la participation des familles dès le tout début. Lorsque je parle de « familles », ce peut être des familles d'accueil, ce peut être un voisin qui s'occupe de l'enfant tous les jours parce que, surtout avec les enfants et les adolescents, ils ne peuvent pas rester dans un bureau pendant une heure et emporter avec eux ce qu'ils ont appris. Cependant, ce sont des approches plus coûteuses que le traitement traditionnel en cabinet.

Le sénateur Cordy : En ma qualité d'ancien enseignant du niveau primaire, c'est musique à mes oreilles que de vous entendre parler ainsi, parce que je me rappelle la frustration que j'ai ressentie avec un cas particulier. La mère adoptive et moi avions eu un merveilleux dialogue au sujet du fait que l'enfant n'avait pas les aptitudes nécessaires pour composer avec un groupe de plus de 30 enfants dans une salle de classe. Le médecin disait toujours « L'enfant agit très bien quand il est seul avec moi ». Ce n'est que quand il a fallu arracher l'enfant du plafond du cabinet du médecin que celui-ci a dit « Il me semblait vous avoir dit de lui donner son médicament avant de l'amener me voir ». La mère adoptive a répondu « Je lui ai donné une dose double juste avant de quitter la maison. » Le médecin a répondu « Alors, j'ai l'impression qu'il vaudrait mieux qu'on commence à parler de ce qui se passe vraiment ». C'est une bouffée d'air frais que de vous entendre aujourd'hui.

Ce qui arrive tellement souvent, c'est que ces enfants qui ont désespérément besoin d'habiletés de socialisation sont gardés en marge non seulement du milieu scolaire, mais, comme vous l'avez dit, des sports, des Brownies, des louveteaux, et cetera. Personne

the socialization skills. Then these children often learn quickly that receiving negative attention is far better than receiving no attention at all.

Am I right, from what you said, that there is greater cooperation between the education system and the health system? Or is that a stretch?

Dr. Orlik: There must be better cooperation. Some of that has been upset by funding cycles. While we may complain in health that we have had insufficient funding, it has been worse in education, and more recently in this province, it has also been worse in community services. We had in the past better collaborative relationships with education, with school boards. We had teachers from the school board placed into mental health settings. We had mental health people go to educational settings. Each side has stepped away from this to some extent, and we have to redevelop those kinds of relationships.

Again, if that was somehow incentive based and there was a collaborative approach, rather than developing those kinds of silos, I think we could make some advances. If schools were funded to keep children in school if it were difficult and if mental health systems were funded to provide the collaborative expertise to the schools, to work together on it, rather than, let us say, putting children in institutions, then we might see a change. However, we have to almost reinvent relationships with the school system.

Dr. Juneke: I can speak about many of the same issues, but I do not want to perpetuate the topic. I happen to be the consulting psychiatrist for the day-treatment services in the IWK, and I work a lot with children with disruptive behavioural disorders. You have heard enough about that, so I will not speak about what I do.

What I would note is that the Department of Education withdrew the \$20,000 it used to spend to allow children to come to our day-treatment service, even though we were taking them out of their schools four days a week so they could have relief. They thought the \$20,000 to transport the kids from all around the metro area was too much. As a result, only parents do this now.

I have surveyed the province and services in Canada on this, and there is only one other day-treatment service in Canada that I could find where the parents were responsible for that expense. In all the rest at least 50 per cent was paid by the Department of Education, if not 100 per cent.

In most of the other day-treatment services across Canada, it is also the education department that provides the teachers. In the day-treatment services that I am with, it is the health people again.

ne veut avoir affaire avec eux parce qu'ils n'ont pas d'habiletés sociales. Alors, souvent, ces enfants apprennent rapidement que l'attention négative, c'est bien mieux que pas d'attention du tout.

Est-ce que j'ai bien compris, d'après ce que vous avez dit, qu'il y a une plus grande coopération entre le système d'éducation et le système de santé? Ou est-ce aller un peu loin?

Le Dr Orlik : Il doit y avoir une meilleure coopération. Elle a été perturbée par les cycles de financement. Bien que nous nous plaignions dans le système de santé de manquer de financement, c'est encore pire dans le domaine de l'éducation, et plus récemment, dans cette province, c'est aussi pire dans les services communautaires. Nous avons joui, dans le passé, de rapports plus harmonieux avec le milieu de l'éducation, avec les commissions scolaires. Nous avions des enseignants de la commission scolaire qui étaient placés dans le contexte de la santé mentale. Nous avions des gens de la santé mentale qui allaient dans le contexte scolaire. Chaque domaine s'est un peu éloigné de cette formule dans une certaine mesure, et nous devons rétablir ce genre de relations.

Encore une fois, s'il y avait quelque mesure incitative et une approche de collaboration, plutôt que cette espèce de cloisonnement, je pense que nous pourrions faire quelque progrès. Si les écoles étaient financées pour garder les enfants même difficiles et si le système de santé mentale était financé pour offrir un soutien spécialisé aux écoles, pour travailler là-dessus, plutôt que, disons, mettre des enfants dans des institutions, peut-être y aurait-il un changement. Cependant, il nous faut presque réinventer la relation avec le système scolaire.

Le Dr Juneke : Je pourrais parler encore de ces mêmes questions, mais je ne voudrais m'éterniser sur le sujet. Il se trouve que je suis le psychiatre-conseil des services de traitement de jour de l'IWK, et je travaille beaucoup avec des enfants qui ont des troubles de comportement perturbateur. Vous en avez assez entendu sur le sujet, alors je ne vous parlerai pas de ce que je fais.

Ce que je voudrais souligner, c'est que le ministère de l'Éducation a supprimé le fonds de 20 000 \$ qu'il réservait pour permettre à des enfants de venir à notre service de traitement de jour, bien que nous les sortions de leurs écoles quatre jours par semaine pour offrir un certain soutien. Ils ont pensé que ces 20 000 \$ pour transporter les enfants de toute la région métropolitaine, c'était trop. En conséquence, ce ne sont que les parents qui peuvent le faire maintenant.

J'ai fait des recherches sur la province et les services offerts au Canada dans le domaine, et il n'y a qu'un service de traitement de jour au Canada où j'ai pu constater que ce sont les parents qui doivent assumer ces frais. Tous les autres, au moins 50 p. 100 de ces frais sont payés par le ministère de l'Éducation, sinon l'intégralité.

Dans la plupart des autres services de traitement de jour du Canada, c'est aussi au ministère de l'Éducation qui fournit les enseignants. Dans les services de traitement de jour où je travaille, ce sont encore une fois les gens du système de santé.

Senator Cordy: I keep thinking I will not be surprised at the comments, but you know what, it blows me away when I hear things like that.

Dr. Junek: I am really interested in your self-regulating health care system and in your vision comment. You said, "Without a vision we do not establish where the system is going." I think it was Yogi Berra who said, "If we do not know where we are going we might end up somewhere else."

With any plan, you look at the vision-measures-feedback-reward. We learned this while at university. Is this your model?

Dr. Junek: In my role as Director of Children's Mental Health Services for the province I attended a number of federal-provincial-territorial meetings as the Nova Scotia representative for children's mental health across Canada. During one of those meetings I presented the rudiments of this system to people in equivalent positions, struggling with the same issues again and again. In conversations with colleagues it became apparent that we were the only group that understood the problem that we were facing.

One day I did a presentation to tie together the concepts that we were talking about, fiddling with, et cetera. After one particular presentation I was asked to develop my ideas into a more complete document, and as a result, Gus Thompson, and I co-chaired the federal-provincial-territorial subcommittee on self-regulating services. That developed into the document that you will see on page 30 of my brief. It is a Health Canada publication, and available on the Health Canada website.

That document was sent to every minister of health, every community services department, the Department of Justice, every department of education and to a number of researchers. In my cover letter I wrote that any questions or comments would be welcome.

Senator Cordy: How large is your file?

Dr. Junek: It is a huge file.

Having worked in government, I have some forgiveness of this for a couple of reasons. One of them is that people and committees receive documents like this all of the time. This document, like many others is dry reading and I have learned that the best way to get it across is to do it in PowerPoint presentations with a lot more colour involved. I make it come alive, and it usually takes me 20 minutes to 30 minutes to do a presentation, after which we have a half an hour discussion and people begin to grasp the complexity of it, and the way so many things interrelate. There are 17 potential benefits to that kind of system, which is item 12 on the list. So that is sort of the history of it, and that is partly where my role is in it.

Senator Cordy: What is your definition of feedback?

Le sénateur Cordy : Je pense toujours que je ne m'étonnerai pas des commentaires, mais savez-vous quoi, je suis complètement ébahie quand j'entends des choses comme ça.

Docteur Junek, je m'intéresse beaucoup à votre observation sur l'autoréglementation du système de santé et sur votre vision. Vous avez dit que sans vision, on ne peut pas déterminer où le système s'en va. Je pense que c'est Yogi Berra qui disait « Si on ne sait pas où on va, on pourrait aboutir ailleurs ».

Avec un plan, on peut espérer une vision, des mesures, une rétroaction et une récompense. Nous l'avons appris à l'université. Est-ce que c'est le modèle que vous proposez?

Le Dr Junek : Dans mon rôle de directeur des Services de santé mentale pour enfants pour la province, j'ai assisté à plusieurs réunions fédérales-provinciales-territoriales en tant que représentant de la Nouvelle-Écosse pour la santé mentale des enfants dans tout le Canada. Lors de l'une de ces réunions, j'ai présenté les rudiments de ce système aux gens qui occupaient des postes équivalents, qui luttait avec les mêmes problèmes, encore et encore. Dans des entretiens que j'ai eus avec des collègues, il est devenu apparent que nous étions le seul groupe à comprendre le problème qui se posait à nous.

Un jour, j'ai fait une présentation pour établir un lien entre tous ces concepts dont nous parlions, auxquels nous réfléchissions, et cetera. Après une présentation en particulier, on m'a demandé d'exposer mes idées dans un document plus étoffé, et en conséquence, Gus Thompson et moi-même sommes devenus coprésidents du Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les services d'autoréglementation. C'est devenu le document que vous voyez, à la page 30 de mon mémoire. C'est une publication de Santé Canada, qu'on peut trouver dans le site Web du ministère.

Ce document a été envoyé à chaque ministre de la Santé, à chaque département des Services communautaires, au ministère de la Justice, à chaque ministère de l'Éducation et à plusieurs chercheurs. Dans ma lettre d'accompagnement, j'invitais les questions et les commentaires

Le sénateur Cordy : Quelle taille a ce document?

Le Dr Junek : Il est énorme.

Comme j'ai travaillé au gouvernement, je suis porté au pardon pour diverses raisons. L'un d'elles, c'est que les gens et les comités reçoivent des documents comme celui-ci tout le temps. Ce document-ci, comme bien d'autres, est assez aride, et j'ai appris que le meilleur moyen de le faire passer, c'est avec des présentations PowerPoint très colorées. Cela lui donne vie, et une présentation me prend normalement 20 à 30 minutes, après quoi nous avons une discussion d'une demi-heure et les gens commencent à saisir un peu la complexité de tout cela, et la manière dont tout est interrelié. Il y a dix-sept avantages potentiels à ce genre de système, énoncés au point 12 de la liste. C'est un peu l'historique de la démarche, et cela explique en partie mon rôle.

Le sénateur Cordy : Quelle est votre définition de la rétroaction?

Dr. Junek: The essential thing you need to do is decide whether you or are you not getting changes in your baseline and then you have to take that information and feed it back to the people responsible for making decisions. You also have to give them a reason that attending to that information and making those changes ought to be the most powerful influence on all the decisions you are making about your organization, in comparison to that other list of all the environmental influences on decisions. These are all things that effect organizations.

When I went into the government the best influence, the most powerful influence, on the decisions of the budgets of hospitals was, guess what? If we go into debt the government picks up our debt, so it does not matter if we overspend. Now, I was not in government, and I naively thought they understood some simple things about life, that you know, when you reward people for bad behaviour they will keep it up. Those are more powerful influences.

Senator Cordy: Ms. Mercer, this morning someone told us that there has been a patient in the IWK since October only because he has nowhere else to go. When I think about collaboration and cooperation between departments, this example suggests to me that it is not happening because the cost of keeping a child at the IWK for a month would be more than enough to put him in an apartment with a support person and food.

Ms. Mercer: The funds come from different budgets.

Senator Cordy: It does not matter.

Ms. Mercer: No, that is the rationalization.

Senator Cordy: Food, an apartment and a support person for a year would be costly.

Ms. Mercer: I am a very strong believer everyone should be able to live on their own with the right level of supports no matter what they are experiencing. This young man is no different from several others, where in order to have them placed either with foster family, on their own with supports, or in existing supportive housing, requires the intervention of senior level people everywhere. It is wrong. I totally agree.

We have raised this, and we have met with government officials, and we are really trying to come together to make this a seamless system because it is not their kid or our kid. It is someone who, not just this person, but several examples, who needed treatment or not, but somehow ended up in an inpatient unit and had nowhere to go.

You are absolutely right: It comes down to different budgets and different criteria. What some of these young people need does not exist for them.

Senator Cordy: Is there anybody who can make that decision? Would it be the premier? Is that where you would have to go?

Le Dr Junek : L'essentiel à faire, c'est qu'il faut décider si on apporte des changements à la base, et il faut prendre ces données et les transmettre aux responsables des décisions. Il faut aussi leur donner une raison pour démontrer que l'intérêt pour cette information et ces changements est susceptible d'avoir une énorme influence sur toutes les décisions qu'on prend sur l'organisation, en comparaison de cette autre liste des influences environnementales sur la décision. Ce sont tous là des éléments qui touchent les organisations.

Lorsque je suis entré au gouvernement, savez-vous ce qui avait le plus d'influence, l'influence la plus probante qui existait sur les décisions relativement aux budgets des hôpitaux? Si on se fait des dettes, le gouvernement les essuie, alors au diable l'avarice! Maintenant, je n'étais pas au gouvernement, et naïvement, je pensais qu'ils comprenaient certaines choses bien simples sur la vie, vous savez, que si on récompense un mauvais comportement, le comportement ne changera pas. Cette influence-là est plus forte.

Le sénateur Cordy : Madame Mercer, ce matin, quelqu'un nous a dit qu'il y avait un patient à l'IWK depuis octobre rien que parce qu'il n'avait nulle part ailleurs où aller. Quand je pense à la collaboration et à la coopération entre ministères, cet exemple me porte à penser qu'elles n'existent pas, parce que ce qu'il en coûte de garder un enfant à l'IWK pendant un mois suffirait largement à le mettre en appartement avec une personne de soutien et payer sa nourriture.

Mme Mercer : Les fonds proviennent de différents budgets.

Le sénateur Cordy : Peu importe.

Mme Mercer : Non, c'est ce qui le justifie.

Le sénateur Cordy : La nourriture, un appartement et une personne de soutien pendant un an coûteraient cher.

Mme Mercer : Je suis profondément convaincue que n'importe qui devrait pouvoir vivre seul avec les mesures appropriées de soutien, quel que soit ce qu'il vit. Ce jeune homme n'est pas bien différent de bien d'autres, soit que pour le placer dans une famille d'accueil ou l'installer seul avec des mesures de soutien, ou dans un logement avec services réels de soutien, il faut l'intervention de cadres supérieurs de partout. C'est mal fait. Je suis tout à fait d'accord.

Nous avons soulevé la question, nous avons rencontré des fonctionnaires, et nous essayons vraiment de nous concerter pour créer un système homogène, parce que ce n'est pas leur enfant, ce n'est pas notre enfant. C'est quelqu'un, et je ne parle pas seulement de celui-là, mais il y en a plusieurs autres, qui a besoin de traitement ou non, mais qui aboutit dans une unité de malades hospitalisés et n'a nulle part à où aller.

Vous avez tout à fait raison : cela revient à différents budgets et différents critères. Ce dont ont besoin certains de ces jeunes gens n'existe pas pour eux.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il quelqu'un qui peut prendre cette décision? Est-ce que ce serait le premier ministre? Est-ce à lui que vous devriez vous adresser?

Ms. Mercer: I am sure it has probably gone to the premier. What it takes is the ability to create what some of these kids need because for some of them it is so unique that they are not going to fit into existing foster homes. Children between 16 years and 19 years are too young for the child welfare system, and they do not kick into the adult system until they are 19.

I think it has to happen, and I think it has to be a mandate of all of us, including the IWK. All three agencies must come together to solve that without it having to go up to a VP, a director, a senior director, or any of those agencies. I hear this across Canada, so I know that it is not just us. Even in provinces where it is all under one ministry, I know there is the same difficulty. You are right, it seems like logic should come in here.

Senator Cordy: Thank you.

The Chairman: Having been trained as a mathematician, which is logical, and given all of the public issues I have looked at on and off for 30 years, this is without doubt the most complex issue, full of completely illogical components, than any other I have ever seen.

Ms. Mercer: Yes.

Senator Cochrane: Are you talking about ADD, FAS, the bullying disorder, the autism disorder? Are you talking about all of these, or are there more?

Dr. Orlik: No. I think we are talking about an example of a large sub-population of children who have so-called disruptive behaviour disorders into which could fall fetal alcohol syndrome, into which could fall attention deficit disorder, with or without hyperactivity, children with conduct disorders and so on. Children with autism and related disorders need a different approach.

Children with anxiety disorders, as Dr. McGrath said, have evidence-based kind of interventions of what works for them. Under the anxiety disorders are a large numbers of disorders including phobias, social phobias, post-traumatic stress disorder and obsessive compulsive disorder. You have a large number of conditions that have certain things in common and yet also other kind of differences that require a somewhat different kind of management approach.

You have a range of mood disorders, and they again, by and large, require different approaches, although, there is a certain kind of commonality. Some of the medications can work for mood disorders in selected young people, and may also work in depression in young people. Certain forms of therapy, properly adapted therapy called "cognitive behavioural therapy" is effective in anxiety disorders and in mood disorders, although in mood disorders some other kind of psychotherapies are

Mme Mercer : Je suis sûr que ça s'est probablement rendu au premier ministre. Ce qu'il faut, c'est la capacité de créer ce dont ont besoin certains de ces jeunes, parce qu'il y a des cas qui sont tellement uniques qu'on ne pourra pas les intégrer aux foyers d'accueil existants. Les enfants de 16 à 19 ans sont trop vieux pour le système de protection de l'enfance et ils ne peuvent pas être intégrés au système d'aide aux adultes avant d'avoir 19 ans.

Je pense qu'il faut quelque chose, et je pense que ce doit être notre mandat à tous, y compris l'IWK. Les trois organismes doivent s'unir pour résoudre cela sans avoir besoin de s'adresser à un vice-président, un directeur, un cadre supérieur ou à aucun autre de ces organes. C'est ce que j'entends partout au Canada, alors je sais que ce problème ne nous est pas unique. Même dans les provinces où tout est sous un même ministère, je sais que le même problème existe. Vous avez raison, il paraîtrait logique que cela vienne jusqu'ici.

Le sénateur Cordy : Merci.

Le président : Même avec ma formation de mathématicien, qui est logique, et avec tous les enjeux publics que j'ai examinés depuis 30 ans, c'est sans doute la question la plus complexe, la plus remplie de composantes tout à fait illogiques que j'ai jamais vue.

Mme Mercer : Oui.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que vous parlez de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, de l'EFA, du trouble de l'intimidation, de l'autisme? Est-ce de tout cela que vous parlez, ou y a-t-il autre chose?

Le Dr Orlik : Non. Je pense que nous parlons d'un échantillon d'une vaste sous-population d'enfants qui souffrent de ce qu'on appelle des troubles de comportement perturbateurs qui pourraient être attribués au syndrome d'alcoolisme fœtal, au trouble d'attention, avec ou sans hyperactivité; d'enfants avec des troubles de conduite, et cetera. Les enfants qui souffrent d'autisme et de troubles connexes ont besoin d'une approche différente.

Pour les enfants qui ont des troubles d'anxiété, comme le disait le Dr McGrath, il y a des interventions fondées sur l'expérience clinique de ce qui fonctionne pour eux. Dans la catégorie des troubles d'anxiété, il y a bien des troubles, dont les phobies, les phobies sociales, le syndrome de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif. Il y a toute une gamme d'états qui ont certains points en commun et qui, pourtant, ont d'autres genres de différences qui exigent un mode de gestion quelque peu différent.

Il y a une gamme de troubles de l'humeur et, là encore, en général, ils exigent des méthodes différentes, bien qu'il y ait des points communs. Certains médicaments peuvent fonctionner pour les troubles de l'humeur chez certains jeunes gens et aussi pour la dépression chez les jeunes gens. Certaines formes de thérapie, une thérapie correctement adaptée, appelée la « thérapie cognitive du comportement » est efficace pour traiter les troubles de l'anxiété et de l'humeur, bien que pour le trouble de l'humeur, il existe aussi

available as well. A large portion of our funding should focus on these large groupings of disorders in their various stages.

Dr. McGrath's suggestion to identify them early, and develop skills in the parents to manage these in a collaborative approach between preschool settings and the later on school settings is sound. If on the other hand, these children get more seriously ill, then you need to invoke other kinds of systems of therapy, or combination therapies, or expertise to assist in their recovery.

So, for reasons of providing an example, I, when I presented, talked about this group of disorders of so-called disruptive behaviours disorders because they happen to be very large, and probably that group has had thrown at it more ineffectual therapies than any other.

Senator Cochrane: Susan, have you had groups of parents or individual parents come in to deal with some of those disorders in their children?

Ms. Mercer: As a therapy?

Senator Cochrane: Yes.

Ms. Mercer: We have certainly attempted to offer groups, and it is a discussion we have had. We need to work with the families, the community, and the public because sometimes people believe that phone-based therapy, Internet-based therapy, or group therapy is not treatment and prefer to be on a wait-list.

Actually, I met yesterday with a group of staff to talk about how we need to get out there more, work with parents, and explain that the traditional method of treatment is not available. Best practice shows that for some of these disorders group therapy is the best method of therapy.

Dr. Junek: With respect to our day treatment services, we bring in 10 kids at a time. We have the compulsory part of it that all the parents come to a child management training program for eight sessions, two hours a session. So we do work with the parents in groups. We do teach them the child management skills in groups, and any of the parents will tell you, and I have taught them myself over the years, that they actually gain a lot more out of that kind of a session and especially by doing it in groups where they share their experiences with other parents. It is a very powerful learning experience.

We start exactly where Dr. McGrath pointed out, training them to observe and reward appropriate behaviour. It is a very useful way to do this, and we certainly do it as part of the program.

Senator Cochrane: After three to five years, are they back in a normal setting where they can function independently?

certain types of psychotherapies. Une grande partie de notre financement devrait être concentrée sur ces larges catégories de troubles à leurs divers stades.

La suggestion du Dr McGrath, qu'on les circonscrive tôt et qu'on apprenne aux parents à les gérer, dans un contexte de collaboration entre le milieu préscolaire et le milieu scolaire subséquent, est bonne. Si, d'autre part, les troubles de ces enfants s'accroissent, il faut invoquer d'autres modèles de thérapie, ou combinaisons de thérapies, ou d'expertise pour favoriser leur rétablissement.

Alors, pour vous donner un exemple, quand je vous ai fait cette présentation, j'ai parlé de cette catégorie de troubles, qu'on appelle les troubles de comportement perturbateur parce qu'ils se trouvent à être assez vastes, et probablement ce groupe a-t-il fait l'objet plus que tout autre de thérapies sans effet.

Le sénateur Cochrane : Susan, avez-vous connu des groupes de parents ou des parents seuls venus vous voir pour composer avec certains de ces troubles chez leurs enfants?

Mme Mercer : Comme thérapie?

Le sénateur Cochrane : Oui.

Mme Mercer : Nous aurons certainement tenté de l'offrir au groupe, et c'est une discussion que nous avons eue. Il nous faut travailler avec les familles, les collectivités et le public, parce que parfois, les gens pensent que la thérapie au téléphone, par Internet ou en groupe n'est pas un traitement et ils préfèrent s'inscrire sur une liste d'attente.

D'ailleurs, j'ai rencontré pas plus tard qu'hier un groupe d'employés pour parler de la nécessité de sortir plus, de travailler directement avec les parents et d'expliquer que la méthode traditionnelle de traitement n'est pas accessible. Selon les données recueillies, certaines de ces thérapies pour groupes de troubles sont la meilleure thérapie qui soit.

Le Dr Junek : En ce qui concerne nos services de traitement de jour, nous accueillons 10 enfants à la fois. Nous avons la partie obligatoire, selon laquelle tous les parents doivent assister à un cours en huit séances de formation à la gestion, deux heures par séance. Alors, nous travaillons vraiment avec les parents en groupe. Nous leur enseignons les habiletés de gestion des enfants en groupe, et vous pouvez demander à n'importe quel parent, il vous dira, et je leur ai moi-même enseigné pendant des années, qu'ils tirent beaucoup de ce type de séance, particulièrement quand c'est en groupe où on peut partager ses propres expériences avec d'autres parents. C'est une expérience d'apprentissage très intense.

Nous commençons exactement là où le disait le Dr McGrath, en leur enseignant à observer et récompenser les comportements appropriés. C'est un moyen très pratique de le faire, et nous le faisons dans le cadre du programme.

Le sénateur Cochrane : Après trois ou cinq ans, est-ce qu'ils retournent dans un cadre normal, où ils peuvent fonctionner de façon autonome?

Dr. Juneke: I think the answer I would give you is yes that can happen, especially if you have children where the major difficulty is in the child management training that the parents need in managing the children. That group can benefit especially well from child management training in groups. In our circumstances, we are frequently dealing with children who started with pre-existing attention deficit hyperactivity disorder, then developed oppositional behaviour, and in some cases are moving on into conduct disorder in the community. It depends on the degree of severity and complexity of the disorder, the child, the family and the community in which they live. In some cases, many years later, we receive positive feedback that they are doing very well, while we are aware that others are going to go downhill even further. Perhaps the researchers that are more involved in it are people like Dr. Forehand and Dr. Patterson who are psychologists who have good long-term follow-up studies, demonstrating that these techniques are useful.

Dr. Orlik: I brought along some books from other jurisdictions where resources are available for that type of research.

An imminent monograph series, the *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* is devoted to evidence-based practice in child and adolescent mental health, so we do have documentation of things that work.

We cannot rest and we have to do that work in Canada. We do have different environments, we do have different demographics, we do have different resources, and we do have different political contingencies and funding patterns. We need to do that work here as well.

Dr. McGrath: You have to understand that we have not funded people to do research very well in Canada. The CIHR has been a big improvement, and that is why I maybe am a little bit defensive about the CIHR, but you know people like Michel Tremblay in Quebec, is a world leader. Chuck Cunningham in Hamilton has done some outstanding work on large-group parent training where you do 50, 60 parents at a time. I think if you look across Canada there are a small number of researchers that are doing this type of work.

It is often hard to get enough funding, and it is often hard to keep them. I mean, one of the most distinguished researchers in this area is now in Philadelphia. He started off in Kingston. I knew him very well many, many years ago. We just lost a Dan Waschbusch, who was doing a very innovative school-based program up in rural Nova Scotia. I mean part of the issue is that is has only been very recently that we have invested in any research. There is not a large cadre of researchers in child mental health. We do need more resources to attract them.

Le Dr Juneke : Je pense que la réponse que je pourrais vous donner, c'est que oui, cela peut arriver, particulièrement quand on a des enfants dont le principal problème vient de la formation des parents en gestion de l'enfant, un problème qu'on peut corriger. Ce groupe peut tirer particulièrement avantage de la formation en groupe à la gestion des enfants. Dans notre contexte, nous avons souvent affaire à des enfants qui ont commencé par avoir des troubles d'attention préexistants avec hyperactivité, qui se sont transformés en troubles oppositionnels pour devenir, dans certains cas, un trouble de conduite dans la collectivité. Cela dépend du degré de gravité et de complexité du trouble, de l'enfant, de la famille et de la collectivité où il vit. Dans certains cas, bien des années plus tard, nous recevons une rétroaction positive qui nous apprend qu'ils vont très bien, mais nous savons aussi que d'autres vont encore s'enfoncer plus loin dans les difficultés. Peut-être les chercheurs qui connaissent mieux la question sont des gens comme le Dr Forehand et le Dr Patterson, qui sont des psychologues et ont de bonnes études de suivi à long terme, qui démontrent l'utilité de ces techniques.

Le Dr Orlik : J'ai apporté avec moi des ouvrages qui viennent d'autres pays qui offrent des ressources pour ce type de recherche.

Une série éminente de monographies, intitulée *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, se consacre à la pratique fondée sur l'expérience clinique en santé mentale des enfants et des adolescents, alors il existe de la documentation sur des choses qui fonctionnent.

Nous ne pouvons pas relâcher l'attention, et il nous faut faire ces travaux au Canada. Nous avons effectivement des environnements différents, une démographie différente, des ressources différentes, et nous avons des obligations politiques et des modèles de financement différents. Il nous faut, à nous aussi, faire ce genre de travaux.

Le Dr McGrath : Vous devez comprendre que nous n'avons pas offert de soutien financier pour des recherches approfondies au Canada. Les IRSC ont été une grande amélioration, c'est pourquoi je suis peut-être un peu sur la défensive quand il s'agit d'eux, mais vous connaissez des gens comme Michel Tremblay, au Québec, qui est un chef de file mondial. Chuck Cunningham, à Hamilton, a fait des travaux phénoménaux sur la formation des parents en gros groupes, où il peut y avoir 50 ou 60 parents à la fois. Je pense que si vous regardez partout au Canada, il y a un petit nombre de chercheurs qui font ce genre de travaux.

Il est souvent difficile d'avoir assez de financement, et aussi de le conserver. Savez-vous que l'un des chercheurs les plus éminents dans le domaine est maintenant à Philadelphie? Il a commencé à Kingston. Je l'ai très bien connu il y a de nombreuses années. Nous venons de perdre un Dan Waschbusch, qui dirigeait un programme très créatif en milieu scolaire de région rurale, en Nouvelle-Écosse. Je veux dire que le problème vient en partie du fait que ce n'est que tout récemment que nous avons investi dans une recherche quelconque. Il n'y a pas de vaste effectif de chercheurs en santé mentale des enfants. Il nous faut plus de ressources pour les attirer.

I am always looking for more funding, so if your committee wants to fund that type of research, I would be glad to accept. I think the issue is we have only recently begun to invest in health research of the non-basic science type and three or four years are not enough to show a huge difference.

There has also been some very good work done here in terms of linking up and this issue, I think, is very important. Linking up the people who are delivering service like Sue and Herb, and linking them up closely with researchers is vital to the success of these programs. Instead, my job is to get papers published, not to change behaviour in the environment, not to make the children and youth of Nova Scotia healthier. Sometimes we work at cross purposes but there has been some very good progress.

The Chairman: You clearly need to change your incentives, you understand that?

Mr. MacGrath: Yes, that is what we have to change. I did this work because the CIHR said they would give us money and we are no different from anybody else in that way.

There are a lot of good people working in this field, as you know. You have said it yourself, "Child mental health is the orphan of the orphan." I thought that was a very good phrase in your report, and I encourage you to really push for that because early diagnosis is possible for most of the serious problems. Some problems do come on in late adolescents but even in there, early intervention with psychosis is incredibly effective.

Senator Pépin: Dr. McGrath, you spoke to us about your clinical trial that you are doing with videos, books and via telephone. Could you elaborate a little bit on that and explain the targets?

Dr. McGrath: We have five modules. Some of them are easier, because I needed some easy wins. So we do bedwetting, which people say is not a mental health problem, but if you are 10 years old and wetting the bed, it is a mental health problem, I will tell you. We also do the disruptive behaviour, both attention deficit and oppositional defiant disorder, and anxiety disorders.

The whole approach is that in the trial we are taking referrals from family doctors so we go and detail the family doctors and tell them about the program. They send a one-page referral with little "tick" boxes so that it is easy for them to refer.

Then we do an assessment, and it is a more elaborate assessment than we would do if we were just providing a service, because it is a trial. We would move to the assessment system that Sue was mentioning, Chuck Cunningham's approach, if we were just doing a service.

Je suis toujours à la recherche d'un peu de financement, alors si votre comité veut financer de type de recherche, je l'accepterais avec plaisir. Je pense que le problème, c'est que nous venons seulement, récemment, d'investir dans la recherche en santé de type scientifique non fondamental, et trois ou quatre ans ne suffisent pas pour faire une énorme différence.

Il y a aussi d'excellents travaux qui ont été fait ici, pour établir des liens et cette question, je pense, est très importante. L'établissement de liens entre les gens qui fournissent des services, comme Sue et Herb, et leur rapprochement des chercheurs est essentiel au succès de ces programmes. Au lieu de cela, mon travail est de publier des articles, non pas de modifier les comportements dans l'environnement, non pas de rendre plus sains les enfants et les jeunes de la Nouvelle-Écosse. Parfois, nous travaillons à contre-courant de nos objectifs, mais au moins, nous avons affiché quelque excellent progrès.

Le président : Il faudrait nettement que vous changiez vos incitatifs, comprenez-vous?

M. MacGrath : Oui, c'est ce que nous devons changer. J'ai fait ce travail parce que les IRSC nous ont dit qu'ils nous donneraient de l'argent et nous ne sommes pas très différents de quiconque sur ce plan.

Il y a beaucoup de bonnes gens qui travaillent dans ce domaine, comme vous le savez. Vous avez dit vous-même que la santé mentale des enfants est l'orphelin de l'orphelin. J'ai pensé que c'était une excellente phrase, dans votre rapport, et je vous encourage vivement à pousser en ce sens, parce que le diagnostic précoce est possible pour la plupart des problèmes graves. Certains problèmes se manifestent à la fin de l'adolescence, mais même là, une intervention précoce contre la psychose est incroyablement efficace.

Le sénateur Pépin : Docteur McGrath, vous nous avez parlé des essais cliniques que vous faites avec des enregistrements vidéo, des livres et par téléphone. Est-ce que vous pourriez expliquer un peu cette démarche et les objectifs visés?

Le Dr McGrath : Nous avons cinq modules. Certains sont plus faciles, parce que j'avais besoin de quelques victoires faciles. Donc, nous nous occupons de l'énurésie, et les gens disent que ce n'est pas un trouble mental, mais quand un gamin de 10 ans mouille son lit, c'est un problème mental, je peux vous le garantir. Nous avons aussi les comportements perturbateurs, soit le déficit d'attention et le trouble oppositionnel, et les troubles anxieux.

Toute l'approche, c'est que dans notre essai, nous prenons des patients qui nous sont envoyés par leur médecin de famille, alors nous communiquons avec les médecins de famille et leur parlons du programme. Ils envoient une page descriptive avec des cases à cocher, pour que ce soit facile pour eux de nous référer leurs patients.

Ensuite, nous faisons une évaluation, et c'est une évaluation plus approfondie que celle que nous ferions si nous ne faisons que fournir un service, parce que c'est un essai. Ensuite nous utiliserions le système d'évaluation dont parlait Sue, l'approche de Chuck Cunningham, si nous ne faisons que fournir un service.

Then what we do is we contact the family and we talk to them on the phone. We send them the manuals, the videos, and we deliver service to them in their homes at times that are convenient to them. My staff works weekends and evenings. I am on-call for that service. This service is delivered to them in a way that is easier for them to make it, especially with the disruptive disorders, but also with anxiety, you have chaotic families that are hard to reach, even when you make an appointment. It's at seven o'clock on Thursday night. Well, they are out then, or somebody has just come in, or something has happened. We have to be persistent.

This approach is only one approach; it is not a panacea. It is not for everybody. Sometimes large-group interventions, using basically the evidence-based treatments that have been shown to be effective, which we have done, are the best way to go. So, I am not saying that this approach is the best approach. It is one approach.

Senator Pépin: Have you had many families involved in that process?

Mr. MacGrath: We have had about 280, I think. Some of our trials are closed now and we are finishing the rest of them. So we should be finished the trials in 18 months.

Senator Pépin: How long do they have to stay on the program?

Mr. MacGrath: The treatments are about 12 weeks long and then we follow up with the families. We give some booster sessions to follow up afterwards.

We would like to expand this to look at other problems. The school-based part of it is not as strong as we would want, but much like what Dr. Orlik was saying, we want to follow, we want to look at the data first. I can convince people to do it, but we want to look at the data to see what works. As Dr. Juneke said, if there were incentives for us to do what works, and if they really covered the whole system, then it would really be quite a bit more effective.

Ms. Mercer: I have one last quick comment about Pat's program.

Recently in Nova Scotia the wait-list for child and adolescent mental health has hit the media. Dr. Orlik has been doing the radio station circuit, and because of that when the provincial government announced their funding for increased mental health services this year, \$2 million for the province, they added wait-list reduction criteria to it. We are able to apply for funding for this program this year because of that increase.

We really believe that we are doing a good job with the seriously mentally ill, but these children that sit on our wait-list, who wait to become seriously mentally ill, will benefit from this latest development. We are hopeful that with the media attention

Ensuite, nous communiquons avec la famille et nous avons un entretien avec elle au téléphone. Nous envoyons des manuels, des enregistrements vidéo, et nous leur fournissons un service chez eux à un moment qui leur convient. Mon personnel travaille les fins de semaine et les soirs. Je suis sur appel pour ce service. Le service leur est fourni de façon à ce que ce soit facile pour eux, particulièrement avec les troubles perturbateurs, mais aussi avec les troubles anxieux; il y a des familles mal organisées qui sont difficiles à joindre, même quand on prend un rendez-vous. C'est à 19 heures jeudi. On arrive et ils sont sortis, ou quelqu'un vient d'arriver, ou quelque chose est arrivé. Nous devons être persévérants.

Cette approche n'en est qu'une parmi d'autres; ce n'est pas une panacée. Ce n'est pas pour tout le monde. Parfois, les interventions en gros groupes, avec des traitements fondés sur l'expérience clinique, qui se sont révélés efficaces, et que nous avons appliqués, sont la meilleure solution. Alors je ne dis pas que cette approche soit la meilleure. C'en est une parmi d'autres.

Le sénateur Pépin : Avez-vous eu beaucoup de familles qui ont participé à ce processus?

M. MacGrath : Nous en avons eu, je crois, 280. Certains de nos essais sont terminés maintenant, et d'autres sont en voie de l'être. Alors nous devrions avoir fini avec les essais dans 18 mois.

Le sénateur Pépin : Combien de temps doivent-ils rester avec le programme?

M. MacGrath : Les traitements durent environ 12 semaines, puis il y a un suivi avec les familles. Nous donnons des séances d'appoint pour un suivi par la suite.

Nous aimerions élargir cela pour nous attaquer à d'autres problèmes. L'élément en milieu scolaire n'est pas aussi solide que nous le voudrions, mais comme le disait le Dr Orlik, nous voulons faire un suivi, nous voulons regarder les données d'abord. Je peux convaincre des gens d'embarquer, mais il nous faut étudier les données pour voir qu'est-ce qui fonctionne. Comme le disait le Dr Juneke, s'il y avait des incitatifs pour nous pousser à faire ces travaux, et s'ils couvraient vraiment l'ensemble du système, ce serait vraiment beaucoup plus efficace.

Mme Mercer : J'ai un dernier commentaire, très rapidement, au sujet du programme de Pat.

Récemment, en Nouvelle-Écosse, la liste d'attente, pour la santé mentale des enfants et des adolescents, a fait couler de l'encre dans les médias. Le Dr Orlik a fait la tournée des stations de radio et, à cause de cela, quand le gouvernement provincial a annoncé le financement de services de santé mentale, accru cette année, 2 millions pour la province, il a ajouté le critère de réduction de la liste d'attente. Nous avons pu demander le financement de ce programme cette année grâce à cette augmentation.

Nous sommes vraiment convaincus de faire un bon travail avec les personnes qui ont de graves troubles mentaux, mais ces enfants qui sont sur notre liste d'attente, dont on attend qu'ils deviennent gravement malades, profiteront de ce dernier développement.

and a little bit of money we will be able to work this group into our system so that we can start to target that population.

The Chairman: That is all the time we have. I thank all of you for coming this afternoon. I know we took longer than we said we would, but that always happens to us. You have been very helpful to us.

The committee adjourned.

FREDERICTON, Wednesday, May 11, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, our first witness today is the Honourable Elvy Robichaud, Minister of Health and Wellness for the Province of New Brunswick. With him is Mr. Ken Ross, Assistant Deputy Minister of Mental Health Services. Between the two of them they are, in their respective positions, the longest serving people in the business. We have often commented on the change in deputies and ministers. The minister and I had breakfast together and commented on the fact that when I went across the country the month before we released our October 2002 report, our first report, and briefed the premiers and their health ministers on it, the only Minister of Health who is still in that same position is Minister Robichaud. In fact, we had dinner in exactly the same room of exactly the same restaurant in which we just had breakfast.

As I think many members of the committee know, Ken and his staff have been really helpful to us in terms of commenting on things that we have drafted and a variety of other things. We are delighted to have the two of you with us this morning.

Minister, if you want to proceed to your opening statement, and then we will ask you questions.

The Honourable Elvy Robichaud, Minister of Health and Wellness, Province of New Brunswick: Honourable senators, to follow-up on the breakfast meeting that Senator Kirby and I had this morning, I think one of the positive things to come out of your committee while it has been crisscrossing Canada is that people such as myself must examine our consciences as to what we are doing in our respective jurisdictions in relation to mental health.

I would like to start by giving you an overview as to what mental health means in New Brunswick. Budget-wise, it is roughly \$61 million out of a budget of about \$2.3 billion. As in

Nous espérons qu'avec l'attention des médias et un peu plus d'argent, nous pourrions intégrer ce groupe à notre système pour pouvoir commencer à cibler cette population.

Le président : C'est tout le temps dont nous disposons. Je vous remercie tous d'être venus cet après-midi. Je sais que nous avons pris plus de temps que nous l'avions prévu, mais c'est toujours ce qui arrive. Vous nous avez été très utile.

La séance est levée.

FREDERICTON, le mercredi 11 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, pour examiner les questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Corbin (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Chers collègues, notre premier témoin aujourd'hui est l'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Il est accompagné de M. Ken Ross, sous-ministre adjoint des Services de santé mentale. Ces deux hommes occupent leurs postes respectifs depuis plus longtemps que quiconque dans le domaine. J'ai souvent commenté le roulement chez les députés et les ministres. J'ai déjeuné avec le ministre et j'ai signalé qu'un mois avant de publier notre premier rapport, en octobre 2002, nous avons parcouru le pays et rencontré les premiers ministres et leurs ministres de la Santé pour les informer de notre étude. Or, parmi les ministres de la Santé que nous avons rencontrés à l'époque, le ministre Robichaud est le seul qui occupe encore le même poste. Qui plus est, nous avons soupé avec lui exactement dans la même salle du même restaurant où nous venons de déjeuner.

Comme beaucoup des membres du comité le savent, Ken et son personnel nous ont été d'un grand secours en exprimant leurs commentaires sur certaines choses que nous avons écrites et sur divers autres sujets. Nous sommes ravis de vous recevoir tous les deux ce matin.

Monsieur le ministre, vous pouvez si vous le souhaitez faire votre déclaration, puis nous vous poserons des questions.

L'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être, province du Nouveau-Brunswick : Honorables sénateurs, au sujet de cet entretien que j'ai eu avec le sénateur Kirby ce matin au déjeuner, je pense que vos déplacements dans le Canada ont eu entre autres l'effet positif d'amener des gens comme moi-même à faire un examen de conscience et de nous interroger sur ce que nous faisons relativement à la santé mentale dans nos provinces respectives.

Permettez-moi de vous donner une vue d'ensemble des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Le budget pour ces services est d'environ 61 millions de dollars et le budget total de

any other jurisdiction, health care is accountable for roughly about 40 per cent of the overall health care budget in New Brunswick.

[Translation]

We have 13 community mental health centres. In 2002, we introduced legislation entitled the Regional Health Authorities Act in an effort to move from a traditional system focused on curing illness towards preventative medicine. We have tried to move from a medical model towards a community model, and during the 1990s, we implemented changes to this end.

We provide a range of services, we have two tertiary psychiatric hospitals, and our eight Regional Health Authority hospitals have psychiatric units. In New Brunswick, because of our demographics, we have one regional hospital per regional health authority, which means that we have a total of eight regional hospitals providing psychiatric care in our eight health care regions. We also have one provincial child psychiatric unit, provincial psychiatric patient advocate offices, a provincial youth treatment program, and a provincial suicide prevention program.

One interesting development which I would like to share with you is that, in partnership with Dr. Séguin of Montreal, an expert renowned across Canada, we have just completed the first part of a study on suicide in New Brunswick. I believe it to be the only study of its kind in North America. We studied all of New Brunswick's suicide cases from 2003 to 2004; of the 109 families who lost somebody to suicide, 102 agreed to participate in our study. I thought to mention this study this morning because it is relevant to the study of mental health; the results revealed that more than 90 per cent of those who committed suicide suffered from psychiatric problems. There are two parts of the study; the first part focuses on those who have actually committed suicide, while the second part focuses on suicide attempts. The second part of our study, the part focusing on those who attempt suicide, is expected to be completed next year.

Let us now turn our attention to those who committed suicide; more than 90 per cent had psychiatric or mental health problems. And more than 60 per cent had problems related to drug or alcohol addiction. The study showed that in all instances, those who committed suicide suffered from a range of problems. Although the way in which New Brunswick handles suicide and attempted suicide is already considered to be avant-garde, the study highlighted that the province could better coordinate its approaches to mental health problems and drug addiction.

The Government of New Brunswick accepted all of the recommendations included in the study, and we have already struck a committee to improve both our protocols and our follow-up services. Although we could never guarantee that we could prevent somebody from committing suicide, we are able to improve prevention services by ensuring far greater coordination between the two sectors. Our study was one of a kind. In Canada,

mon ministère est d'environ 2,3 milliards de dollars. Comme dans toutes les autres provinces, les soins de santé représentent grosso modo 40 p. 100 du budget total du Nouveau-Brunswick.

[Français]

Nous avons 13 Centres de santé mentale communautaires. En 2002, on a introduit un projet de loi intitulé la Loi sur les Régies régionales de la santé. On essaie de passer d'un système traditionnellement axé sur les soins curatifs pour aller vers les soins préventifs ou basé sur un modèle médical vers un modèle plutôt communautaire. Dans les années 1990, des changements ont été apportés pour axer ou centraliser nos efforts vers les communautés.

Nous offrons divers services ; deux hôpitaux offrent des services du niveau tertiaire au niveau psychiatrique. Nos huit hôpitaux ou Régies régionales de la santé ont des services de soins psychiatriques. Au Nouveau-Brunswick, à cause de la population, on a un hôpital régional par région de santé, alors pour les huit régions de santé il y a huit hôpitaux régionaux qui offrent des services psychiatriques. On a une unité psychiatrique provinciale pour enfants, des bureaux provinciaux pour les défenseurs de la maladie psychiatrique, un programme provincial de traitement pour les jeunes et un programme provincial de prévention du suicide.

Une des choses intéressantes que je veux partager avec vous, c'est qu'on vient de terminer la première partie d'une étude sur le suicide au Nouveau-Brunswick avec la collaboration du docteur Séguin de Montréal, un expert connu à travers le Canada. C'était une étude unique, je dirais, à travers l'Amérique du Nord. De 2003 à 2004, on a fait un suivi de tous les cas de suicide qui se sont produits au Nouveau-Brunswick. En fait, sur 109 cas de personnes qui se sont suicidées, 102 familles ont accepté de participer à l'étude. Les résultats, — j'en parle ce matin parce qu'il y a un facteur qui est intéressant pour la santé mentale — plus de 90 p. 100 des personnes qui se sont suicidées avaient des problèmes psychiatriques. L'étude s'est faite en deux parties, la première partie, sur les décès suite à un suicide, et la deuxième partie, sur les cas de tentatives de suicide. L'an prochain, on devrait avoir la deuxième partie de l'étude sur les tentatives de suicide.

Revenons aux cas des personnes qui se sont suicidées, 90 p. 100 et plus avaient des problèmes psychiatriques ou d'hygiène mentale. Au-delà de 60 p. 100 avaient des problèmes reliés à la drogue ou à l'alcool, et donc, dans tous les cas, c'était une combinaison de problèmes. Ce qui est ressorti finalement, c'est que même si on avait une approche qu'on dit déjà avant-gardiste en termes de traitement ou de suivi aux cas de suicide, la province pourrait mieux coordonner la santé mentale et la pharmacodépendance.

On a accepté toutes les recommandations de l'étude. On a déjà mis sur pied un comité pour améliorer nos suivis et nos protocoles. On ne peut jamais garantir qu'on puisse prévenir un suicide, mais on pourrait augmenter les services de prévention en coordonnant beaucoup mieux les deux secteurs. C'est une étude unique. Souvent on ne partage pas l'information avec les autres juridictions canadiennes. En tant que ministres on le fait, on a des

there is a tendency not to share information with other jurisdictions. Yes, ministers meet regularly and share information, but we should share information at grassroots level, and we ought to provide more specific, technical information about our successes in the field of mental health.

Allow me to give you an example of the situation in New Brunswick; last year, 31,000 individuals, or 4 per cent of the population, used mental health services. Furthermore, we spend approximately \$14.6 million on programs for drug, alcohol and gambling addictions.

The Government of New Brunswick undertook to reform its health care system. By restructuring, we were able to make some savings, which we then invested in providing programs. For example, when I became minister in 2001, there were no methadone programs in New Brunswick; however, when people raised the issue with me, I said that, although I believe such programs to be very useful, we unfortunately did not have the necessary funds to implement them in our province.

In December of this year, we opened four methadone treatment centres in New Brunswick. These centres will help people with substance abuse problems, and mental health problems which make them a suicide risk. There are already waiting lists for the various services provided by the clinics, and we expect the service to be fully up and running within a few months. It is my hope that our treatment centres will meet the needs of those New Brunswickers who require these services.

In 1990, the Government of New Brunswick established a commission to study and reform mental health services in the province. Our reform was completed around 1996, and its results are reflected in the mental health services which are available in New Brunswick today.

[English]

I will go through the purposes of the framework that was put in place away back in 1996. That still is the framework that is guiding the services that are provided in New Brunswick. One of the purposes is to promote self-reliance and lessen dependence on formal systems of care. That was the first principle that was set at the time.

[Translation]

The second principle pertains to community-based support and services for people experiencing mental health difficulties; we believe that these services should be provided in a centre in close proximity to the person's home. In the past, New Brunswick had 300-bed clinics in cities such as Saint John, for example; today, such clinics have 50 beds. We have reassigned resources from institutions to communities. In the north, where previously we had a clinic with between 300 and 350 beds, we now have a 150-bed clinic. This particular clinic has been designated and assigned the specific task of handling criminal cases.

réunions régulières, mais à la base on devrait partager l'information et être plus spécifique et plus technique au sujet des réussites dans ce domaine.

L'an passé, pour vous donner un exemple de ce qui se passe au Nouveau-Brunswick, 31 000 individus ou 4 p. 100 de la population a reçu des services d'hygiène. De plus, on consacre à peu près 14,6 \$ millions pour des programmes de dépendance aux drogues, à l'alcool et au jeu.

Le Nouveau-Brunswick a entrepris une réforme de la santé. On a effectué certaines restructurations qui amèneront certaines économies et qui nous permettront d'offrir des programmes. Je suis ministre depuis 2001 et par exemple, les programmes de méthadone n'existaient pas au Nouveau-Brunswick à cette époque, or chaque fois que les gens me questionnaient à ce sujet je leur disais que je croyais que c'était un très bon programme, mais malheureusement, je n'avais pas l'argent pour le mettre sur pied ici.

Cette année, depuis décembre, on a créé quatre centres de traitement de méthadone au Nouveau-Brunswick. Ces centres vont aider pour les soins de dépendance aux substances et pour les problèmes de santé mentale reliés au suicide. Il y a déjà des listes d'attente pour les services offerts par ces centres, et on prévoit que dans quelques mois le service serait pleinement opérationnel. J'espère que les gens du Nouveau-Brunswick, qui ont besoin du service, pourront être très bien servis dans nos centres de traitement.

En 1990, une commission a été mise en place pour étudier les soins de santé mentale et voir à une réforme du système. Vers 1996, la réforme était complète. Les résultats de cette réforme sont à la base des services qu'on offre actuellement au Nouveau-Brunswick en termes de santé mentale.

[Traduction]

Permettez-moi d'expliquer la raison d'être du cadre stratégique qui a été instauré en 1996 et qui détermine encore la façon dont les services sont dispensés au Nouveau-Brunswick. L'un des objectifs est de promouvoir l'autonomie et de réduire la dépendance envers les systèmes de soins institutionnalisés. C'est le premier principe qu'on a établi à l'époque.

[Français]

Le deuxième principe avait trait au soutien des services pour les personnes ayant des troubles mentaux et qui se trouvaient dans la collectivité. Ces services devaient être dispensés dans un centre à proximité de la résidence de ces personnes. Au Nouveau-Brunswick à l'époque on avait des centres, par exemple, à Saint-Jean qui avaient peut-être 300 lits, aujourd'hui il y a 50 lits. On a donc pris les ressources institutionnelles et on les a mis dans les ressources communautaires. Dans la région du nord, on avait un centre qui avait entre 300 et 350 lits, et on est revenus à 150 lits. Ce centre a gardé un service où l'on traite des cas criminels, donc il a gardé une fonction particulière pour l'ensemble de la province.

[English]

Community-based mental health services should be utilized before it is recommended that a person be admitted to a hospital facility for treatment in respect of a mental disorder.

[Translation]

A balanced network of institutional and community-based mental health services are required to ensure timely delivery of mental health services.

[English]

The contributions of families of persons with mental disorders and community agencies are valued and important components of mental health care.

[Translation]

The principle of most appropriate and least restrictive treatment should be followed in the provision of mental health services.

[English]

This policy has resulted in a number of concrete changes and improvements to the mental health system in New Brunswick. Essentially, then, that was the base in 1990.

I will go quickly through some of this because I want to get to your report. Then I will make my comments on the third report, on mental health, mental illness and addiction.

The *Issues and Options for Canada* paper raises many issues, and I will not speak to all of the points discussed in the document. My comments will focus on several areas that are of concern to New Brunswickers, in particular the continued improvement of mental health and addiction services in our province.

[Translation]

Over the years, we have worked to continuously improve our efforts in mental health and addiction and this continues. Our current systems are person-focused and strive to improve functionality and promote recovery. We believe that all persons in New Brunswick are entitled to live a meaningful and satisfying life in their community in spite of any limitations their condition causes.

[English]

Systems should be designed to meet the needs of vulnerable persons, not for the person to fit the system. A person-focused system requires an understanding that individuals, while they have needs, also have strengths and assets upon which we can build. This is always a difficult task, no matter what system you have. At some point you get to the stage where the people who are

[Traduction]

On devrait avoir recours aux services de santé mentale communautaires avant de recommander l'admission d'une personne dans un établissement hospitalier pour le traitement de son trouble mental.

[Français]

Un réseau équilibré de services de santé mentale en établissement et dans les collectivités est essentiel pour assurer la prestation opportune des services de santé mentale.

[Traduction]

Les contributions des familles des personnes ayant des troubles mentaux ainsi que des organismes communautaires constituent des éléments précieux et cruciaux des soins de santé mentale.

[Français]

Le principe de traitement le plus adéquat et le moins restrictif doit être appliqué dans la prestation des services de santé mentale.

[Traduction]

Cette politique a amené un certain nombre d'améliorations et des changements concrets au système de services de santé mentale du Nouveau-Brunswick. Voilà, essentiellement, les bases qu'on a jetées en 1990.

Je vais passer rapidement sur une partie de mon texte parce que je veux en arriver à votre rapport. Je vais commenter votre troisième rapport qui porte sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Le document intitulé *Problèmes et solutions pour le Canada* soulève de nombreuses questions, et je n'aborderai pas ici tous les points dont traite ce document. Les commentaires se concentreront sur plusieurs secteurs qui préoccupent les Néo-Brunswickois, plus particulièrement l'amélioration continue des services de santé mentale et de traitement des dépendances dans la province.

[Français]

Au fil des années, nous nous sommes efforcés d'améliorer sans cesse la qualité des services de santé mentale et de traitements de dépendances, et cette tendance se poursuit. Nos systèmes actuels sont axés sur les personnes et ils visent à améliorer la fonctionnalité tout en facilitant la promotion de l'établissement. Nous croyons que les Néo-Brunswickois ont le droit de mener une vie enrichissante et satisfaisante dans leur collectivité, malgré les limites que leur impose leur état de santé.

[Traduction]

Il faut que les systèmes soient conçus pour répondre aux besoins des personnes vulnérables et non l'inverse. Pour obtenir un système axé sur les personnes, il faut bien comprendre que ces mêmes personnes, même si elles ont des besoins, ont également des forces et des atouts sur lesquels nous pouvons prendre appui. C'est toujours une tâche difficile, peu importe le système. Les gens

in the system have structured things and it is working well. It is always difficult to be up and ready to change and adapt, although I would not necessarily say on a yearly basis. If you look at this principle, essentially, for whatever individual comes into the system, if it needs to be adapted for that person, this is the system I would like to see in New Brunswick. It probably would be a good system to apply anywhere in Canada.

[Translation]

My department's mental health services support the *Framework for Support* model of the Canadian Mental Health Association. This model places the person at the centre, supported by self-help and consumer groups, family and friends, community organizations and formal helping systems. In addition, health determinants such as housing, income, work and education are part of the network of supports that must be available for people. This model reflects our belief that mental health is everyone's responsibility, not just the formal system of care. These are recommendations which were made following the study on suicide which I mentioned earlier.

In terms of communities, it is essential that we find means to develop and strengthen family and community support. People do not talk about mental health; yet, we all know people with mental health difficulties in our families and communities. When I was young, and when the majority of you were young, we simply thought of those suffering from mental health difficulties as mad, or crazy. It was an embarrassing subject. We must ask how we can go about changing this attitude.

[English]

This model recognizes diversity, combines experimental and scientific knowledge, promotes social inclusion and a positive sense of self. It also encourages a practical understanding of the illness in a manner which is non-stigmatizing.

[Translation]

Over the years, New Brunswick has recognized the importance of focusing on the individual. Today, we invest over \$100 million directly in consumer-run community centres and activities. There are many small communities in New Brunswick that have support groups offering daily activities. These activities are not costly, but they are very effective. People who are experiencing mental health difficulties are able to go to these support groups and speak with their peers. They are able to get the support they need. These are programs that are run in leisure centres or other community centres, not in institutions.

qui travaillent dans le système arrivent à un moment donné à échafauder tout ce qu'il faut et les services fonctionnent bien. Il n'est jamais facile d'avoir à changer et à s'adapter, même si ce n'est pas à chaque année. Selon ce principe, essentiellement, le système doit s'adapter aux besoins de chacune des personnes qu'on prend en charge. Voilà le système que je souhaite pour le Nouveau-Brunswick. Ce serait du reste sans doute un excellent système à instaurer partout au Canada.

[Français]

Mon ministère appuie le contenu du document *Un cadre pour le soutien* publié par l'Association canadienne pour la santé mentale. Dans ce modèle, c'est la personne qui est au centre du traitement. Cette personne reçoit l'appui des groupes d'entraide, de la famille et des amis, des organismes communautaires et des systèmes d'aide. De plus, les déterminants de la santé tels que logement, revenu, travail, niveau d'instruction sont des composantes du réseau de soutien qui doivent être offertes aux gens. Ce modèle découle de notre conviction que la santé mentale est la responsabilité de tous et non seulement celle du système de soins formels. Ce sont des recommandations faites suite à l'étude dont je vous parlais plus tôt sur le suicide.

En ce qui a trait à l'aspect communautaire, il faut trouver des moyens de développer ou de renforcer le support communautaire et familial. La santé mentale est un sujet dont on ne parle pas. Dans nos familles et dans notre communauté on connaît tous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Lorsque j'étais jeune et lorsque la plupart de vous étiez jeunes, pour nous les personnes souffrant de maladie mentale étaient des fous, des dérangés. C'était un sujet embarrassant. Comment peut-on changer cette façon de penser?

[Traduction]

Ce modèle tient compte de la diversité, combine les connaissances expérimentales et scientifiques et encourage l'inclusion sociale ainsi qu'une image positive de soi. Il favorise également une compréhension pratique de la maladie sans stigmatisation.

[Français]

Au fil des années, le Nouveau-Brunswick a reconnu l'importance de mettre l'accent sur les personnes. Maintenant, nous investissons plus d'un million de dollars directement dans les centres communautaires et les activités gérées par les consommateurs. Il y a beaucoup de petites communautés au Nouveau-Brunswick où on a des groupes de support qui offrent des activités de jour. Ce ne sont pas des activités qui coûtent chères, mais elles sont très pratiques. Les gens qui ont des problèmes reliés à l'hygiène mentale peuvent s'y rendre et ils peuvent discuter avec leurs pairs. Ils y reçoivent le soutien nécessaire. Ce sont des programmes qui ne sont pas offerts en institution. Cela se fait dans des centres récréatifs ou autres centres qui se trouvent dans les collectivités.

[English]

A recent study on suicide — I will skip this one because I have talked about it and I feel it is quite relevant to the discussion we had this morning.

Stigma and discrimination have significant negative impacts on people with mental illness and addiction challenges. Those things work against therapeutic improvement and recovery for persons dealing with these issues, and need to be addressed in order to ensure good health and mental health. In many cases, because of that stigma, those people might not have the opportunity to be re-established in their traditional occupation, and in some areas that might impact their ability to contribute to society, to pay taxes, and to be a fully-fledged citizen of his or her community.

[Translation]

In our province, the Human Rights Act prohibits discrimination on the basis of mental disability. Mental disability is defined in the act as a condition of mental retardation or impairment, learning disability, or dysfunction in one or more of the mental processes involved in the comprehension or use of symbols or spoken language, or any mental disorder.

[English]

Stigma is more difficult to address, and is not open to legislative protection as is discrimination under the human rights legislation. In this area, the federal government could play a major leadership role. Anti-stigma and social marketing campaigns are costly and often beyond the fiscal resources available in our province, or if we did it on our own. It might be a whole lot better if all jurisdictions would get into the act and have something that is at least essentially the same. Usually we can adapt to most any Canadian jurisdiction. Further, this is an area in which the federal government has demonstrated competence and leadership — for instance, on the tobacco campaign — and one in which federal initiatives would be beneficial to all provinces and territories.

[Translation]

Another area that would benefit from federal involvement is the issue of suicide prevention and awareness. We have recently released a research study on suicide in New Brunswick. It is clear that this is a complex issue, and is everyone's responsibility, not just the health and mental health care systems.

Opportunities to provide public information, share knowledge and best practices, and exchange successful programs and initiatives would be beneficial to all jurisdictions and the people they serve.

[Traduction]

Une étude récente sur le suicide — je vais sauter ce passage parce que j'ai déjà abordé ce sujet et qu'il était tout à fait pertinent lorsque nous en avons discuté ce matin.

La stigmatisation et la discrimination nuisent beaucoup aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de dépendance. Elles nuisent à l'amélioration thérapeutique et au rétablissement chez les personnes qui vivent avec ces problèmes, et il faut régler ces problèmes afin d'assurer une bonne santé physique et mentale. Dans bien des cas, parce qu'elles sont ostracisées, ces personnes peuvent ne pas pouvoir reprendre le métier et le travail qu'elles exerçaient, ce qui peut nuire à leur capacité de contribuer à la société, de payer des impôts et d'être citoyen à part entière de leur collectivité.

[Français]

Dans notre province, la Loi sur les droits de la personne interdit la discrimination fondée sur l'incapacité mentale. En vertu de la loi, l'incapacité mentale désigne tout état de retard mental ou d'altération des facultés mentales, toute difficulté d'apprentissage ou difficulté de fonctionnement d'un ou plusieurs mécanismes mentaux intervenant dans la compréhension ou l'utilisation de symboles ou de langue parlée ou de tout trouble mental.

[Traduction]

La stigmatisation est plus difficile à éliminer et n'est pas visée par la Loi sur les droits de la personne, contrairement à la discrimination. À cet égard, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation et de marketing social sont coûteuses et les frais s'y rattachant dépassent souvent les ressources financières de notre province. Il serait de loin préférable que toutes les provinces et les territoires participent et lancent des campagnes essentiellement semblables. En règle générale, on peut adapter ces campagnes à chaque province et territoire du Canada. De plus, c'est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral a fait preuve de compétence et de leadership — en ce qui a trait au tabac, par exemple — et dans lequel les initiatives fédérales seraient profitables à toutes les provinces et à tous les territoires.

[Français]

La participation du gouvernement fédéral pourrait être profitable dans la prévention du suicide en sensibilisant la population à ce problème. Nous avons récemment publié une étude sur le suicide au Nouveau-Brunswick et il est évident qu'il s'agit d'un problème complexe qui ne relève pas seulement du système de santé et de santé mentale mais de toute la population.

Les occasions de fournir des renseignements publics, de partager des connaissances et des pratiques exemplaires ainsi que d'échanger des initiatives couronnées de succès profiteront à toutes les régions et aux gens auxquels ces derniers fournissent les services.

[English]

In the section of the committee's report dealing with specific population groups, we acknowledge that New Brunswick, along with all other jurisdictions in Canada, has challenges that must be met with regard to addressing the needs of Aboriginal Canadians. In this regard, it is vital that the roles and responsibilities of governments be appropriately defined so that we can provide a more coordinated approach to services for Aboriginal Canadians. Thus, even though only about 2 per cent of the population of New Brunswick is Aboriginal, there is no exception to what is happening in the rest of Canadian jurisdictions. The health status of our native population is no better than that of any other jurisdiction in Canada and, even though it is not my jurisdiction, I would have the audacity to tell you that I do not think the federal government is performing very well in those respective fields, insofar as providing services is concerned. They have proven that this is not an area in which they are too competent or too able to provide services. In any event, I believe this is provincial jurisdiction, and up to now we have proven that we could provide better services. Nevertheless, there might be ways for us, together with the federal government, to better provide services to the Aboriginal population.

[Translation]

I would like to briefly address the importance of recognizing and respecting provincial strategies for health care. Mental health and addiction are part of a system of care for citizens in New Brunswick. We must be cautious that we do not compartmentalize different health services with a resulting number of multiple health policies and strategies. We need to ensure that care is integrated and coordinated, monitored and evaluated, and it is the responsibility of the provincial government to ensure that services meet our provincial standards.

[English]

In this context, I would suggest that many of the issues and challenges raised in this Senate committee paper are ones that all provinces and territories are challenged to deal with today, recognizing that different levels of priorities would be reflective of where the respective jurisdictions are in relation to addressing their needs. The Senate committee may wish to approach the Conference of Federal, Provincial and Territorial Ministers of Health to discuss the matters raised in your discussion paper, to gain a sense of where strategic opportunities exist among jurisdictions, and in order to move forward on mental health and addiction issues.

What I have suggested this morning to Senator Kirby is that if I can help make it happen, I will. Your committee will have a chance to meet with the other provincial ministers, and you can give us feedback so that we would know who would be open to making this possible.

[Traduction]

Dans la section du rapport du comité qui porte sur des groupes de population particuliers, nous reconnaissons qu'au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les autres régions canadiennes, il y a des problèmes à régler en ce qui concerne le traitement des besoins des Autochtones. À cet égard, il est essentiel que les rôles et responsabilités du gouvernement soient définis de façon adéquate afin que nous puissions présenter une approche mieux coordonnée des prestations de services aux Autochtones. Ainsi, même si seulement 2 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick est autochtone, nous ne faisons pas exception à la règle par rapport aux autres régions du Canada. L'état de santé de notre population autochtone n'est guère meilleur que dans les autres régions du Canada et, même si cette question ne relève pas de ma compétence, j'aurais l'audace de vous dire qu'à mon avis, le gouvernement fédéral ne remplit pas très bien son rôle dans ces domaines, en ce qui concerne la prestation des services. Il a prouvé qu'il n'est pas très compétent ou capable d'offrir les services. Quoi qu'il en soit, il s'agit à mon avis de domaines de compétences provinciales, et jusqu'à maintenant nous avons démontré notre capacité de fournir de meilleurs services. Néanmoins, en joignant nos efforts à ceux du gouvernement fédéral, nous trouverons peut-être des moyens de mieux desservir la population autochtone.

[Français]

J'aimerais traiter brièvement de l'importance de reconnaître et de respecter les stratégies provinciales en matière de soins de santé. Le traitement des problèmes de santé mentale et de dépendance fait partie intégrante du système de soins destinés aux citoyens du Nouveau-Brunswick. Nous devons prendre garde de ne pas compartimenter les divers services de santé afin d'éviter le chevauchement d'un certain nombre de politiques et de stratégies en matière de santé. Nous devons veiller à ce que les soins soient intégrés et coordonnés en plus d'être suivis et évalués, et en outre, il incombe au gouvernement provincial de faire en sorte que les services respectent les normes provinciales.

[Traduction]

Dans ce contexte, je souligne que bon nombre des problèmes et difficultés soulevés dans le document du comité sénatorial sont partagés par l'ensemble des provinces et territoires à l'heure actuelle; la priorité accordée témoigne de l'avancement de chaque province et territoire en ce qui a trait à la satisfaction des besoins. Il est possible que le comité sénatorial désire aborder la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé pour discuter des questions soulevées dans votre document de travail afin de mieux comprendre où se situent les occasions stratégiques dans les provinces et territoires dans le but d'aller de l'avant en ce qui concerne le traitement des problèmes de santé mentale et des dépendances.

Comme je l'ai dit au sénateur Kirby, si je peux contribuer à l'atteinte de cet objectif, je le ferai. Votre comité aura l'occasion de rencontrer les autres ministres provinciaux et vous pourriez nous dire qui serait ouvert à cette possibilité.

[Translation]

Along the same lines, it may be helpful to have the existing advisory network on mental health, which has federal, provincial and territorial representation, integrated into an existing structure that reports to the Conference of Deputy Ministers of Health, and thence to health ministers. This would enable issues related to mental health and addictions to be brought forward for consideration and discussion through a formal federal, provincial and territorial process.

[English]

A concluding observation relates to the area of performance and accountability. In New Brunswick, we have established 17 performance indicators that focus on key results areas of promoting self-reliance, lessening dependence on formal systems of care, and providing appropriate and timely interventions in the least restrictive environments. These indicators examine the ability of people with serious mental illness to live in the community, together with their quality of life and their employment and clinical status.

[Translation]

While we view these as important measures for New Brunswick, other jurisdictions may have different needs. It will be important to acknowledge and recognize that as provinces and territories provide the funds and services to mental health and addiction, it is up to these jurisdictions to determine their own standards of accountability and performance, which is why any national strategy must be flexible and respect the different jurisdictions.

[English]

I am a firm believer in accountability for health care services and spending, and we are accountable to the citizens of New Brunswick, who are Canadians. Thus, whenever you are accountable to your population, indirectly you are accountable to all Canadians, not to other governments, for the services that we deliver in this area, and specifically in health care.

[Translation]

In closing, I commend the Senate Committee on Social Affairs. As I said at the very start of my presentation, I think that the fact that you are travelling across the country will compel people such as myself and others to examine their conscience, to look at what has been achieved and at what has been done well, and we will make sure that our officials sit down with us to discuss and generally look at how far we have come.

New Brunswick has just finished reforming, or restructuring its system, including its mental health care structure. We are in the process of integrating the regional health boards. But the process is not yet complete. We are still negotiating with the unions. Negotiations are at a delicate stage. As soon as the process is over,

[Français]

Et dans le même ordre d'idée, il peut être utile d'intégrer le réseau de consultation sur la santé mentale qui comprend des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans une structure existante qui relève de la Conférence des sous-ministres de la santé, et donc, des ministres de la santé. Cela permettrait de présenter et de discuter des questions liées au traitement des problèmes de santé mentale, des dépendances par l'entremise d'un processus fédéral, provincial, territorial normal.

[Traduction]

Une dernière observation à propos du rendement et de l'obligation de rendre compte. Au Nouveau-Brunswick, nous avons 17 indicateurs de rendement axés sur les éléments de résultats clés de la promotion de l'autonomie, de la réduction de la dépendance envers le système de soins institutionnalisés et des interventions pertinentes en temps utile dans les milieux les moins restrictifs. Ces indicateurs analysent l'aptitude des personnes souffrant de maladies mentales graves d'habiter dans la collectivité, leur qualité de vie ainsi que leur employabilité et leur état clinique.

[Français]

Même si nous considérons ces éléments comme des mesures importantes pour le Nouveau-Brunswick, d'autres régions peuvent avoir des besoins différents. Il serait essentiel de reconnaître que même si les provinces et les territoires fournissent les fonds et les services visant à traiter des problèmes de santé mentale et de dépendance, il leur incombe d'établir leurs propres normes d'imputabilité et de rendement, c'est pourquoi toute stratégie nationale se doit d'être flexible et de respecter les différentes juridictions.

[Traduction]

Je crois fermement en la responsabilité en matière de services de soins de santé et les dépenses connexes, et j'estime que nous devons rendre des comptes aux citoyens du Nouveau-Brunswick, et non aux autres gouvernements pour ce qui est des services que nous offrons dans ce secteur, et particulièrement dans le domaine de la santé.

[Français]

En terminant, à nouveau, je veux féliciter le Comité sénatorial des affaires sociales. Comme je l'ai dit au tout début de ma présentation, je pense que le fait que vous faites votre tournée nationale va inciter des gens comme moi et d'autres à faire un examen de conscience, regarder ce qu'on fait, ce qu'on fait bien, s'assurer que nos fonctionnaires puissent s'asseoir avec nous pour discuter et regarder essentiellement où on en est rendus.

On vient d'adopter une réforme ou une restructuration au Nouveau-Brunswick et la structure de santé mentale en fait partie actuellement. On est en train de l'intégrer au réseau de Régies régionales de la santé. Ce n'est pas complété. On est en négociation avec les syndicats. C'est la partie sensible

we will have complete integration. We have already identified a regional structure and we are already ready to go ahead with transfers.

Ms. Trenholme Counsell knows New Brunswick very well. She was part of the government in the 1990s.

[English]

If you have any questions on the past history of what took place in relation to mental health, you have a good person sitting with you today who could give you ample details, Senator Trenholme Counsell; a person whom I trust. Actually, she always has a big smile, but when I saw her this morning, she was so serious again that I thought something had happened to her.

The Chairman: Minister, thank you for your comments. I will say, as people from Ottawa, that a majority of one is a lot better than losing by three. There are all kinds of ways to look at it. In fact, the minister and I shared the fact that my first job in government was running a premier's office in which we were a minority of one, so I understand the idea of living on the edge.

Can I just ask, minister — and I do not know if it is of you or of Ken Ross, and I do not need them right now, but perhaps you could let us see your 17 performance indicators. We agree, by the way, that the system has to be different in every province because the problems are different. On the other hand, there may well be a national set of performance indicators that make sense.

Mr. Robichaud: Yes, we already have studied this area, and we are striving, as are different jurisdictions in Canada, to have common indicators that we are sharing with Canadians on a yearly basis.

The Chairman: But they are not on mental health. As I understand it, the indicators so far have excluded mental health, and we would like to see if we could begin to get a common set that would work in mental health.

[Translation]

Senator Trenholme Counsell: Mr. Chairman, Mr. Robichaud and I were office neighbours for 10 years.

Thank you, Minister, for your very sincere and valuable presentation this morning.

[English]

When you do not smile, I think you are having a tough time, and I see you are not smiling.

actuellement. Dès que ce processus sera terminé, l'intégration sera complète. On a déjà identifié la structure régionale et on est déjà prêt à faire les transferts.

Madame Trenholme Counsell connaît très bien le Nouveau-Brunswick. Dans les années 1990, elle faisait partie du gouvernement.

[Traduction]

Si vous avez des questions sur ce que nous avons fait dans le domaine de la santé mentale, vous avez avec vous une personne qui pourrait très bien vous renseigner à ce sujet, le sénateur Trenholme Counsell, en qui j'ai beaucoup confiance. Elle est toujours très souriante mais, quand je l'ai aperçue ce matin, je l'ai trouvée tellement sérieuse que je me suis demandé s'il lui était arrivé quelque chose.

Le président : Merci de cette déclaration, monsieur le ministre. Permettez-moi de dire, comme les gens à Ottawa, qu'il est de loin préférable de gagner par une voie que de perdre par trois. Il y a bien des façons d'envisager la situation. En fait, j'ai dit au ministre ce matin qu'à mon arrivée au gouvernement, j'ai eu comme première tâche de gérer le bureau d'un premier ministre qui dirigeait un gouvernement minoritaire où il nous manquait qu'un député. Je comprends donc très bien ce que vivent les gens qui se trouvent en situation précaire.

J'aurais une question à vous poser, monsieur le ministre, mais je devrais peut-être l'adresser à M. Ken Ross. Pourriez-vous nous faire parvenir vos 17 indicateurs de rendement, même si ce n'est pas tout de suite. Soit dit en passant, je conviens avec vous que le système doit être différent dans chaque province, parce que les problèmes de chaque province sont différents. Toutefois, on pourrait peut-être définir une série d'indicateurs de rendement nationaux qui seraient utiles.

M. Robichaud : Oui, nous nous sommes déjà penchés sur cette question et nous essayons, tout comme les autres provinces et territoires du Canada, de mettre au point des indicateurs communs que nous pourrions communiquer à la population canadienne chaque année.

Le président : Ces indicateurs n'ont cependant pas trait à la santé mentale. Jusqu'à maintenant, on a exclu la santé mentale; nous aimerions savoir s'il serait possible de définir une série d'indicateurs communs dans le domaine de la santé mentale.

[Français]

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, M. Robichaud et moi étions voisins de bureaux pendant dix ans.

Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre présentation très sincère, très valable ce matin.

[Traduction]

Quand vous ne souriez pas, j'imagine que vous avez des ennuis, et aujourd'hui vous ne souriez pas.

[Translation]

I am very interested in your new Community Health Centres as models for the future. Do you have any plan for mental health services in those sectors? Are the mental health services incorporated into those new centres? How many centres do we have in New Brunswick at this time?

Mr. Robichaud: At the present time, it is all under development but I would say that we have eight centres over all. In New Brunswick, we had about 32 hospitals for a population of 750,000, which is less than the population of Ottawa. I would say that by the end of the restructuring, we will probably have 17 or 18 hospitals, as such, for acute care and then we will have some 8 Community Health Centres. We adopted community-based practice approaches, different practice models, if you will, medically speaking. Our Community Health Centres are going to play an extremely important role. For example, we are talking about a decrease in the number of beds, but what we are essentially doing is to do away with hotel services in the smaller hospitals while maintaining our health services, external services and medical services. In those centres, for example, 80 per cent and more of the emergency cases we were seeing were emergencies that could be taken care of through Community Health Centres. These were categories four and five on a scale from one to five. The Community Health Services are going to offer, to a specific population, the traditional care, diagnostic care, treatment, clinics, for example, for patients who have minor problems. Moreover, our Community Health Centres have a role to play in promoting and offering education about health in general and that also includes mental health.

One of the people responsible for our Community Health Centres is with me this morning. I get the impression it will take a while before people really understand our Health Community Centres' mission. As we speak, in the St. John urban centre in the southeast corner of the province, St. Joseph Hospital has become a Community Health Centre. In Lamèque, a very rural region in the northeast area of New Brunswick, a small hospital has become a Community Health Centre. In Doaktown, in the centre of New Brunswick between the Miramichi and Fredericton, probably the region that is the furthest away from any emergency centre, there was a medical clinic that has become a Community Health Centre. In that area, more specifically, we added services that did not exist before. In different areas of New Brunswick, our Community Health Centres are going to play different roles, but they will definitely be involved in the area of mental health.

[English]

Ken, do you have anything else to add?

Mr. Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services, New Brunswick Department of Health & Wellness: That is an excellent summary, minister. The thing that I would probably stress, as the minister mentioned, the performance indicators are all different because they reflect the needs of the

[Français]

Je suis très intéressée à vos nouveaux Centres de santé communautaires comme modèles pour l'avenir. Est-ce que vous avez dans ces centres un plan pour les services de soins de santé mentale? Est-ce que les services de santé mentale sont incorporés dans ces nouveaux centres? Et combien de centres avons-nous au Nouveau-Brunswick en ce moment?

M. Robichaud : Actuellement on est en développement, mais je dirais qu'on a huit centres au total. Au Nouveau-Brunswick, on avait à peu près 32 hôpitaux pour une population de 750 000 habitants, donc une population plus petite que la ville d'Ottawa. Je dirais qu'à la fin de la restructuration, on aura probablement 17 ou 18 hôpitaux comme tels pour les soins aigus, puis on aura environ huit Centres de santé communautaires. On a adopté des approches de pratique communautaire, différents modèles de pratique, si on peut dire, médicale. Nos Centres de santé communautaires vont jouer un rôle extrêmement important. On a parlé, par exemple, d'une réduction de lits, mais essentiellement, ce qu'on a fait, c'était d'enlever l'hôtellerie dans les petits hôpitaux, tout en maintenant les services de santé, les services externes et les services médicaux. Dans ces centres, par exemple, 80 p. 100 et plus des cas d'urgence qu'on voyait étaient des urgences qui pouvaient être traités par des Centres de santé communautaires. C'était de catégorie quatre et cinq sur une échelle de un à cinq. Les Centres de santé communautaires vont prodiguer à une population spécifique des soins traditionnels, des soins diagnostic, des soins de traitement, des cliniques par exemple, pour les patients qui ont des problèmes mineurs. En plus, nos Centres de santé communautaires ont un rôle de promotion et d'éducation à la santé en général qui inclut la santé mentale.

Un responsable de nos Centres de santé communautaires m'accompagne ce matin. J'ai l'impression que cela va prendre un certain temps avant que les gens puissent capter vraiment la mission de nos Centres de santé communautaires. Déjà dans le centre urbain de Saint-Jean, dans le sud-est de la province, l'Hôpital Saint-Joseph est devenu un Centre de santé communautaire. À Lamèque, une région très rurale dans le nord-est du Nouveau-Brunswick, un petit hôpital a été transformé en un Centre de santé communautaire. À Doaktown, au centre du Nouveau-Brunswick entre la Miramichi et Fredericton, probablement la région la plus éloignée d'aucun centre d'urgence, avait une clinique médicale qui est devenu un Centre de santé communautaire. Dans cette région en particulier on a ajouté des services qui n'existaient pas. Dans différentes parties du Nouveau-Brunswick, nos Centres de santé communautaires vont jouer des rôles différents, mais définitivement aussi un rôle relié à la santé mentale.

[Traduction]

Ken, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick : C'est un excellent résumé, monsieur le ministre. J'insisterais peut-être sur le fait que, comme le ministre l'a mentionné, les indicateurs de rendement sont tous différents parce qu'ils reflètent

individual community, and we tried to create this model as a community participant model. It is there; it is the community's health centre. Thus we have a community needs assessment process that we assist the regional health authorities in carrying out, so that in some centres you may have more emphasis on addictions and mental health, and in others it would depend on what the pressing problem is within the community that they are serving. They are really reflective of the types of needs within the community.

Again, we find that we can manage much of the ongoing health and mental health problems within a community context, particularly as it relates to managing chronic diseases. We are really pushing for community health centres to become leaders in that regard, so that it will not be necessary for us to start moving into in-patient settings in order to deal with those types of chronic diseases, and we can include mental health as part of that chronic disease spectrum.

Senator Trenholme Counsell: I will take off my senator's hat, and all the other hats that I have worn for a while. I want to go back to being a family doctor here in New Brunswick, which I was for 19 wonderful years. I miss that time.

The biggest single problem that I had with the mental health system, if I had somebody who was, in my opinion, very seriously ill and perhaps a threat to himself or other members of his family, or indeed other members of the community, was to get somebody in the regional hospital — in my case it would have been Moncton — to see that person. I know that our government in New Brunswick has done a very good thing by increasing remuneration and, I believe, improving the services of family doctors in the outpatient departments. I just talked to one of my former colleagues the other day, and he seemed really satisfied that they were being well supported in return for providing their emergency services around the clock.

What are you hearing, minister, in a very honest way, about the service? I know it all comes down to the availability of psychiatrists, if you have someone who is seriously ill, be it a crisis with schizophrenia or bipolar disorder or severe depression, or certainly a threat of suicide. What are the people telling you? What are the hospitals and the doctors telling you about the availability of service? If you refer a patient, can you have that person seen by a psychiatrist within a reasonable time or not? Are we better than we used to be?

Mr. Robichaud: Since 1999, we have been able to recruit in New Brunswick an additional 177 doctors as of today, general practitioners and specialists alike. In the year 2000, when my predecessor, Dennis Furlong, who was also a doctor, was Minister of Health, we put in place an aggressive recruitment and retention package for doctors. However, after sitting with someone like Dr. Séguin, as I did personally two weeks ago to

les besoins de chaque collectivité et nous avons essayé de mettre au point un modèle fondé sur la participation communautaire. C'est le centre de santé communautaire. Il y a donc un processus d'évaluation des besoins communautaires dans lequel nous secondons les régies régionales de santé; ainsi, certains centres mettront plus d'accent sur le traitement des toxicomanies et la promotion de la santé mentale, tandis que d'autres s'occuperont des problèmes les plus pressants de la localité qu'ils desservent. Cela dépend vraiment des besoins de chaque collectivité.

Nous constatons encore une fois qu'il est possible de gérer beaucoup de problèmes relatifs à la santé et à la santé mentale dans le milieu communautaire, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques. Nous mettons tout en œuvre pour permettre aux centres de santé communautaires d'assumer un rôle primordial à cet égard, pour qu'il ne soit plus nécessaire de placer les patients dans des établissements de soins pour traiter ces maladies chroniques. Nous pouvons inclure les maladies mentales dans cet ensemble de maladies chroniques.

Le sénateur Trenholme-Counsell : J'aimerais pour un instant ne pas parler à titre de sénateur ni de titulaire d'autres fonctions que j'exerce depuis un certain temps. J'aimerais exprimer le point de vue d'un médecin de famille, métier que j'ai exercé ici au Nouveau-Brunswick pendant 19 années merveilleuses et dont je m'ennuie.

Mon plus grand problème avec le système de santé mentale se posait lorsque j'avais un patient qui, à mon avis, était très malade et représentait un danger pour lui-même et pour les membres de sa famille, ou encore pour des personnes de la collectivité. J'avais beaucoup de mal à obtenir qu'un spécialiste se rende à l'hôpital régional — dans mon cas c'était celui de Moncton — pour examiner ce patient. Je sais que le gouvernement du Nouveau-Brunswick a augmenté la rémunération des médecins, ce qui est une excellente chose, et amélioré les services des médecins de famille dans les cliniques externes. J'ai récemment parlé à l'un de mes anciens collègues qui m'a semblé très satisfait du soutien qu'il recevait en contrepartie de la prestation de services d'urgence 24 heures par jour.

Très franchement, monsieur le ministre, qu'entendez-vous dire au sujet des services? Je sais que tout dépend de la disponibilité des psychiatres, lorsqu'on a une personne gravement malade qui est en crise, parce qu'elle souffre de schizophrénie, du trouble bipolaire ou d'une dépression grave ou parce qu'elle menace de se suicider. Qu'est-ce que les gens vous disent? Que vous disent les professionnels qui travaillent dans les hôpitaux et les médecins au sujet de la disponibilité des services? Si vous dirigez un patient vers un psychiatre, pourra-t-il en voir un dans un délai raisonnable? La situation s'est-elle améliorée depuis longtemps?

M. Robichaud : Depuis 1999, nous avons réussi à recruter 177 médecins de plus au Nouveau-Brunswick. Des omnipraticiens et des spécialistes. En 2000, quand mon prédécesseur, Dennis Furlong, qui était également médecin, était ministre de la Santé, nous avons offert des mesures très généreuses pour recruter et garder les médecins. Il y a deux semaines, j'ai discuté avec le Dr Séguin d'un rapport sur le suicide; elle m'a dit qu'en gros, par

look at the report on suicide, essentially what she was telling me, in relation to other jurisdictions that she knew quite well as a researcher, was that New Brunswick has a good system. The accessibility is comparable and even better than some other jurisdictions in Canada. In her analysis of the situation, it was more on the preventative side, the community approach to providing support, that there was a need for improvement. There was no mention, let us say, of medical specialties that were in short supply. Like everywhere else in Canada, we could always do with more, and I know that we have recruited psychiatrists specifically in the Moncton area where we have specialized services for children. There were some waiting lists, but if you have an emergency today in psychiatry, in New Brunswick or anywhere else, the standard is that within 24 hours, if a patient needs to be seen, he or she will be seen. If it is elective, but perhaps, Mr. Ross, you could explain that —

Mr. Ross: No, that is a good answer.

Senator Trenholme Counsell: We have eight regional health authorities. Do we have psychiatrists in each of those authorities?

Mr. Robichaud: Yes.

[Translation]

We have mental health clinics in each region and also support committees like the one I was talking about a bit earlier.

[English]

Senator Trenholme Counsell: I talked to a psychiatrist this morning at our breakfast, and he told me about tele-medicine, and that he is using it quite extensively.

Mr. Robichaud: Yes.

Senator Trenholme Counsell: Is that true around the province?

[Translation]

Mr. Robichaud: I mentioned Lamèque, before, where there is a Community Health Centre. Lamèque is an essentially francophone region in the northeast of New Brunswick in the Acadian Peninsula about three and a half to four hours by car from Moncton. We set up a Remote Medicine system in Lamèque which includes psychiatric services. At that Community Health Centre, we can meet the patients on site rather than having them undertake a seven- to eight-hour round trip during the day. Using interactive cameras, the specialist in Moncton can access the instruments installed at the centre and take the patient's blood pressure and so on. The doctor can talk things over with the patient and the nurse. It is interactive and that is the beauty of that system which is accessible in different areas.

The same service is offered for cancer treatment. Some centres are linked to the other regional centres and the doctors can have direct access. In a province as rural as New Brunswick particularly, this is most interesting. These are new, innovative services. I do not think it will settle all our problems, but I am

rapport à d'autres provinces qu'elle connaissait bien parce qu'elle avait étudié leurs systèmes, le Nouveau-Brunswick avait un bon système. L'accessibilité est comparable, voire meilleure, que dans d'autres provinces canadiennes. D'après son analyse, c'était surtout sur le plan de la prévention, c'est-à-dire de l'approche communautaire et du soutien, qu'il fallait apporter des améliorations. Disons que nous n'avons pas parlé des domaines où il y a une pénurie de médecins spécialistes. Comme toutes les autres régions du Canada, nous aimerions bien avoir plus d'effectifs et je sais que l'on a recruté des psychiatres dans la région de Moncton pour offrir des services spécialisés aux enfants. Il y avait des listes d'attente, mais si vous éprouvez un problème psychiatrique urgent, que ce soit au Nouveau-Brunswick ou ailleurs, le délai d'attente normal est de 24 heures. Si un patient a besoin de voir un psychiatre, il le verra. S'il s'agit d'une consultation non urgente, mais M. Ross pourra peut-être vous donner plus d'explications...

M. Ross : Je n'ai rien à ajouter à cette excellente réponse.

Le sénateur Trenholme Counsell : Y a-t-il des psychiatres dans chacune des huit régions régionales de la santé?

M. Robichaud : Oui.

[Français]

On a des cliniques d'hygiène mentale dans chaque région, en plus, des comités de support dont comme je parlais un peu plus tôt.

[Traduction]

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce matin, au petit-déjeuner, j'ai discuté avec un psychiatre qui m'a dit qu'il utilisait fréquemment la télémédecine.

M. Robichaud : Tout à fait.

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce le cas des autres psychiatres de la province?

[Français]

M. Robichaud : Je vous ai parlé tantôt de Lamèque qui a un Centre de santé communautaire. Lamèque est une région essentiellement francophone au nord-est du Nouveau-Brunswick dans la Péninsule acadienne à trois heures et demie, quatre heures de route de Moncton. À Lamèque on a installé un système de Télé Médecine qui comprend un service psychiatrique. À ce Centre de santé communautaire on peut recevoir le patient sur place, au lieu de le faire voyager sept ou huit heures aller-retour dans une journée. À partir de caméras interactives, le spécialiste à Moncton peut sur place, à l'aide de sondes installées au centre, connaître la pression artérielle du patient, ainsi de suite. Le médecin peut discuter avec le patient et l'infirmière. C'est interactif et c'est la beauté de ce système qui est accessible dans différents secteurs.

Le même service est offert pour les traitements du cancer. Certains centres sont reliés aux autres centres régionaux, et les médecins peuvent avoir un accès direct, surtout dans une province aussi rurale que le Nouveau-Brunswick, c'est extrêmement intéressant. Ce sont de nouveaux services innovateurs. Je pense

convinced that Senator Thenholme can testify to the fact that there is nothing like direct contact, person to person. But in some sectors, for example, for cancer treatment or psychiatric follow-up, before this the patient had to go to the Saint-John Cardiology Centre, a five-hour drive for some. You are going there for a surgery. You have a follow-up the following week. Now this is done through Remote Medicine. The patient stays in Campbellton. He goes to the Hospital Centre or the Community Health Centre and using interactive means, the doctor does the follow-up. How is this done? The patient is plugged in and the doctor can see the patient's blood pressure. He does not have to go to Saint-John anymore. So these are extremely interesting developments for a province like ours. This new technology deserves examination in other areas of Canada.

[English]

Senator Cook: Senator Brenda Robertson was a member of this committee until her retirement, and she talked at length — and I personally learned a lot from her — about the virtual hospital that you have here in New Brunswick.

I am now looking at 13 community mental health centres. Are they part of that virtual hospital? I am into the structure now, rather than the delivery of service. Also, I would presume you would have community health centres. Are they integrated in any way, or is that virtual hospital a separate service delivered in addition to your 13 community mental health centres?

Mr. Robichaud: The intention right now is that community health centres are to be integrated. They are part of the regional health authorities. With mental health, we are getting there. As I said, we are at the last stage. We are negotiating with unions. The structure is there, the act is there. We made the changes, and so we are ready. I would like to see it happening this spring that regional health authorities would take over mental health and public health. Essentially, that is where we are at this time.

The concept Brenda Robertson was sharing with you is the concept of the extra-mural hospital, and essentially — and Dr. Trenholme Counsell probably used it in her practice — you can admit a patient at home. Technically, what happens is that a person in New Brunswick can have double pneumonia and he does not need to be admitted to the hospital. That makes the service a whole lot cheaper. For instance, the average cost of a hospital bed in New Brunswick is around \$750 a day, and it could go higher than that; at the regional hospital in Moncton, it is over \$1,000 a day. The extra-mural service will cost New Brunswickers roughly about \$130 a day. That means that if you have a patient who has, for instance, double pneumonia, he can be treated at home. The nurse will visit that patient on a daily basis, or even twice a day if there is a need. Physiotherapy services or other

que cela ne règlera pas tous les problèmes, mais je suis convaincu que madame le sénateur Trenholme peut en témoigner, il n'y a rien comme le contact direct, personne à personne. Mais dans certains secteurs, par exemple, pour le traitement du cancer ou le suivi psychiatrique le patient auparavant devait se rendre au Centre de cardiologie à Saint-Jean, un trajet de cinq heures pour certains. Vous allez pour une chirurgie. Vous avez un suivi la semaine suivante. Maintenant, c'est fait par Télé Médecine. Le patient reste à Campbellton. Il se rend au Centre Hospitalier ou au Centre de santé communautaire et à partir de moyens interactifs, le médecin fait le suivi. Comment cela se fait-il? Le patient est branché, et le médecin peut voir la pression artérielle du patient. Celui-ci n'a pas à se rendre à Saint-Jean. Ce sont donc des développements extrêmement intéressants pour une province comme la nôtre. Ces nouvelles technologies méritent d'être étudiées dans d'autres régions du Canada.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Le sénateur Brenda Robertson a siégé à ce comité jusqu'à ce qu'elle prenne sa retraite. Elle nous a beaucoup parlé de l'hôpital virtuel que vous avez ici, au Nouveau-Brunswick, et je dois dire que personnellement elle m'en a beaucoup appris.

Parlons maintenant des 13 centres de santé mentale communautaires. Font-ils partie de l'hôpital virtuel? Ce qui m'intéresse, c'est la structure plutôt que la prestation de services. De plus, je suppose que vous avez des centres de santé communautaires. Y a-t-il une intégration quelconque, ou bien l'hôpital virtuel constitue-t-il un service distinct offert en plus de 13 centres de santé mentale communautaires.

M. Robichaud : Actuellement, notre objectif, c'est l'intégration des centres de santé communautaires. En effet, ils relèvent des régies régionales de la santé. Pour ce qui est de la santé mentale, nous y arrivons. Comme je l'ai déjà dit, nous en sommes à la dernière étape. Ainsi, nous négocions avec les syndicats, la structure a été établie et la loi adoptée. Les changements nécessaires ont été apportés et nous sommes fin prêts. J'espère que ce sera cet été que les régies régionales de la santé assumeront la responsabilité de la santé mentale et publique. En gros, voilà où nous en sommes.

Ce dont vous a parlé Mme Brenda Robertson, c'est le concept de l'hôpital extra-muros qui permet d'admettre les patients chez eux. Je pense que la Dre Trenholme Counsell a sans doute admis des patients de cette façon-là. Concrètement, ça veut dire qu'une personne au Nouveau-Brunswick peut être atteinte de pneumonie double sans nécessiter d'hospitalisation. Ainsi, les coûts sont réduits de beaucoup. Par exemple, le coût moyen d'un lit d'hôpital au Nouveau-Brunswick est d'environ 750 \$ par jour, coût qui risque d'augmenter. À l'Hôpital général de Moncton, il est de plus de 1 000 \$ par jour. Le service extra-muros, quant à lui, coûtera aux Néo-Brunswickois environ 130 \$ par jour. Le système permet donc de traiter un patient atteint de pneumonie double à la maison. Il y a une infirmière ou un infirmier qui passe voir le patient une fois par jour, voire deux fois si nécessaire. Il est

services can also be provided. The patient is discharged just like a patient would be who had been admitted into a hospital setting. We can then put resources into other areas where there is a need.

Recently, we have been adding nurses specifically for mental health purposes. We had essentially been offering the service in acute areas. It had not been extended to palliative care patients, or to mental health services, psychiatric services. Now we are introducing psychiatric services and palliative services to that concept. It is very interesting. Now, you can keep a patient at home and provide the services he requires at home, but he is "admitted," just like any other patient in a hospital setting.

Senator Cook: What about the availability in your region of professional health care providers, whether they be doctors, nurses, nurse practitioners, nursing assistants — right across the spectrum, even to people who work in community care? Do you have a good pool to draw from or are there shortages, as there are across the country?

Mr. Robichaud: Actually, looking at auxiliary nurses or LPNs, we are in a better position with LPNs than we are with nurses. Fujitsu Consulting conducted a study on human resources in New Brunswick, and we are not the exception. Unless we do something, we will be facing challenges in, for instance, nursing. Someone from the nurses association was telling us two years ago that we might face a shortage of 1,000 nurses. We came up with recruitment strategies, with strategies to change that situation, and right now we think it might be rather in the 300s, and we are trying to get it down to zero, like other jurisdictions.

We have done other things, though. For example, in some hospitals here, such as the Dr. Everett Chalmers Hospital, not so long ago we had no LPNs or auxiliary nurses. Now the mix is up to 20 per cent. We are trying to encourage regional health authorities to use other professionals to do things so that, let us say, another profession such as nursing would have to do less, in the same way that we introduced nurse practitioners last year. In small community health centres, that will provide us with additional professional resources to extend the hours of coverage for patients who normally would have been seen by doctors. Perhaps I could describe this as sort of a cascade effect: that there are some things that a nurse would be better to do, and some other things that some other professional with less training could do. We move that person in and find ways to make sure that we are using the resources that are scarce to the best advantage anywhere in Canada.

Senator Cook: Your LPNs would be graduates of your community colleges?

Mr. Robichaud: Yes.

également possible d'assurer des services divers comme la physiothérapie. À la fin du traitement, on donne au patient son congé comme à n'importe quel autre patient hospitalisé. Ça permet d'affecter les ressources là où on en a vraiment besoin.

On a récemment augmenté l'effectif infirmier pour qu'il puisse s'occuper précisément des patients ayant des troubles mentaux. Au départ, le service était plus ou moins réservé aux soins aigus. Il n'était pas disponible dans le domaine des soins palliatifs de la santé mentale ou des soins psychiatriques. Mais maintenant nous ajoutons les services psychiatriques et palliatifs. C'est très intéressant. Il est maintenant possible de traiter le patient chez lui en lui fournissant les services dont il a besoin, comme dans le cas d'un patient hospitalisé.

Le sénateur Cook : Avez-vous dans votre région suffisamment de professionnels de la santé, médecins, personnel infirmier, infirmières/infirmiers praticiens et auxiliaires, c'est-à-dire toute la panoplie, y compris les spécialistes des soins communautaires? Avez-vous un bassin de professionnels suffisant ou y a-t-il pénurie, comme dans le reste du pays?

M. Robichaud : En fait, pour ce qui est des infirmières/infirmiers auxiliaires et autorisées, la situation est meilleure que dans le cas du personnel infirmier général. Il y a une étude sur les ressources humaines au Nouveau-Brunswick qui a été effectuée par Fujitsu Consulting et notre situation est comparable à celle des autres. Il est impératif que nous fassions quelque chose si nous ne voulons pas nous retrouver dans une situation difficile, par exemple dans le cas du personnel infirmier. Il y a d'ailleurs un représentant de l'Association des infirmières et infirmiers qui nous a dit il y a deux ans qu'il risquait d'y avoir une pénurie de 1 000 professionnels dans ce secteur. Nous avons élaboré diverses stratégies, notamment de recrutement, pour changer la situation, et maintenant on parle plutôt d'une pénurie de 300 professionnels. Nous essayons de ramener ce chiffre à zéro, comme les autres provinces.

Mais ce n'est pas la seule chose que nous ayons faite. Par exemple, il n'y a pas si longtemps dans certains hôpitaux, comme l'Hôpital Dr Everett Chalmers, il n'y avait pas de personnel infirmier auxiliaire autorisé. Nous avons maintenant atteint un niveau de 20 p. 100. Nous tentons d'encourager les régies régionales de la santé à confier certaines tâches à d'autres professionnels afin de soulager un groupe de professionnels comme les infirmières et infirmiers, par exemple, en suivant la même logique que ce qui a guidé l'introduction des infirmières/infirmiers praticiens l'an dernier. Dans les petits centres de santé communautaires, l'augmentation des ressources professionnelles nous permettra de rallonger les heures de consultation pour les patients qui auraient normalement consulté un médecin. On peut en fait parler d'effet domino : certaines tâches peuvent être effectuées par le personnel infirmier, mais d'autres peuvent l'être par des professionnels moins hautement qualifiés. En faisant appel à ces derniers, nous optimisons nos maigres ressources partout au Canada.

Le sénateur Cook : Les infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés sont formés dans vos collèges communautaires?

M. Robichaud : Oui.

Senator Cook: The reason I asked that, Mr. Chairman, is that in the last three or four days I have been reading that there is a cutback in the availability of seats in nursing schools across this country; that provinces are not providing the seats necessary for nurses to enter the profession.

Mr. Robichaud: In New Brunswick, in this year's budget we are increasing the number of nursing seats by 95. The challenge we are facing is that it will be difficult for our universities to be able to increase the quota by 95. The question is compounded by the fact that it is easy to say that you will open 95 more seats, but you still need the teachers, you still need the mentoring at the hospital level, and so on and so forth. The intention and the budget is there, but will we achieve 100 per cent of our goal of 95 seats? We are not there yet, but this is what we are aiming at.

[Translation]

Senator Pépin: One of my questions about more nurses was answered, but, on the other hand, I am very happy to learn that in your province, there have been very few budget cuts. It was announced yesterday that in many provinces, budgets had been cut and they were saying that they need nurses but they were cutting all the budgets on that side.

Mr. Robichaud: We are lucky in that sense, yes.

Senator Pépin: You are actually very lucky. Your province is at the leading edge. You have outpatient treatment care centres in your community centres and you are opening the door on that one. Do you have an educational process? We are told that people with mental health problems are stigmatized. Maybe if there was a program to educate the public on that matter, those with mental health problems would find better acceptance. Do you think the fact that you are referring more and more patients to community centres where patients are going to be accepted and visible is part of a community education principle?

Mr. Robichaud: I want to come back to what you mentioned about the budget. Briefly, what we have done in New Brunswick is that there is a plan that is going to cost about \$125 million over four years. We have looked for savings in the order of \$46 million and that amount is being reinvested. None of the money is going back into the province's consolidated revenue fund, so we are reinvesting \$46 million to be sure that we will be offering services that did not exist. We did not have any strategy on cancer treatment, we did not have any catheterization laboratories and we had to refer our patients to Quebec, Nova Scotia or Maine. We added a third catheterization laboratory and we added another methadone clinic. We are making the system more efficient and we are reinvesting in health care. That has allowed us to do things with the money we had available. However, I still believe that we could do more at the national level in terms of education and promoting healthy mental hygiene. I tend to say, and maybe it is not politically correct, that maybe you have to be

Le sénateur Cook : Je me suis permise de poser cette question, monsieur le président, parce qu'au cours des trois ou quatre derniers jours j'ai pu lire dans les journaux qu'on allait diminuer le nombre de candidats admis aux écoles de sciences infirmières à l'échelle du pays; que les provinces n'assurent pas la formation d'un nombre suffisant d'infirmières et infirmiers.

M. Robichaud : Au Nouveau-Brunswick, nous avons annoncé dans le budget de cette année que nous allions accroître le nombre de places dans les écoles de sciences infirmières de 95. Par contre, nous savons que nos universités auront du mal à absorber ces 95 places. Et ce n'est pas tout : c'est facile de dire qu'il y aura 95 places en plus, mais concrètement ça veut dire qu'il faudra trouver les professeurs, les personnes qui encadreront les jeunes infirmières et infirmiers à l'hôpital, et cetera, et cetera. L'intention est claire et l'argent a été débloqué dans le budget, mais d'assurer 95 places supplémentaires, c'est une autre paire de manches. Nous n'y sommes pas encore, mais c'est effectivement notre objectif.

[Français]

Le sénateur Pépin : On a répondu à une de mes questions au sujet des infirmières additionnelles, mais par contre, je suis très contente d'apprendre que dans votre province, il y a eu peu de compressions budgétaires. On annonçait hier que dans plusieurs provinces, on avait coupé des budgets en disant qu'on avait besoin d'infirmières, mais on coupait tous les budgets de ce côté là.

M. Robichaud : On est chanceux dans ce sens là, oui.

Le sénateur Pépin : Vous êtes très chanceux, en effet. Votre province est assez avant-gardiste. Vous avez des centres curatifs dans les centres communautaires, vous ouvrez la marche à ce niveau. Avez-vous un processus d'éducation? On dit que les personnes souffrant de maladies mentales sont stigmatisées. Et peut-être que si l'on avait un programme pour l'éducation du public à ce sujet, ceux qui souffrent de maladie mentale seraient davantage acceptés. Pensez-vous que le fait que vous réferez de plus en plus de patients dans des centres communautaires où les patients vont être acceptés et être vus, que cela fait partie d'un principe d'éducation de la communauté?

M. Robichaud : Je dois revenir sur votre question au sujet du budget. Brièvement, ce qu'on a fait au Nouveau-Brunswick, c'est qu'on a un plan qui va coûter à peu près 125 millions de dollars sur quatre ans. On a été chercher des économies de l'ordre de 46 millions de dollars, somme qu'on réinvestit. Il n'y a pas d'argent qui va au coffre général de la province, donc on réinvestit 46 millions de dollars pour être certain qu'on offre des services qui n'existaient pas. On n'avait pas de stratégie sur le traitement du cancer, on n'avait de laboratoires de cathétérisme, on devait référer des patients au Québec, en Nouvelle-Écosse ou au Maine. On a ajouté un troisième laboratoire de cathétérisme et on a ajouté une autre clinique de méthadone. On rend le système plus efficace et on réinvestit dans les soins de santé. Cela nous permet de faire des choses avec les argentés que l'on avait de disponibles. Toutefois, je crois quand même qu'on pourrait faire plus à l'échelle nationale en termes d'éducation et de promotion d'une saine hygiène mentale. J'ai tendance à dire, et ce n'est pas

nuts 15 minutes a day if you want to have a balanced personality. It is all well and good to be serious, but at some point, you have to be mentally healthy and you have to do things and you need a balanced life. There is a lot that can be done that we could advise most Canadians on.

As you know, I am favourable to health promotion and education. In our reform system, last year, we were only investing \$500,000 for prevention and education in the area of health in New Brunswick. This year, it is going to be \$2 million.

Senator Pépin: For prevention in mental health also?

Mr. Robichaud: For health in general.

Senator Pépin: Yes, but there should be a little something for mental health.

Mr. Robichaud: Yes, but mental health is part of an individual's general state of health.

Senator Pépin: Yes, but it should be specified.

Mr. Robichaud: Yes, but I do not like to compartmentalize one or the other health problem. For example, in the area of youth obesity, New Brunswick is one of the worst provinces in Canada. Obesity, where cancer is concerned, is a major factor just as it is for heart disease. I think it is also a factor for mental health. When we have a campaign to promote and develop community strategies for the population's health, not only will it affect our hospital system in general, but also the quality of life of our people in New Brunswick.

A curative care system is all very nice but that is not what health is about. People in good health are people who feel they are in shape and who are far more productive and imaginative. It is a whole host of elements that have nothing to do with a traditional system that costs a lot of money. We like our doctors and we want to keep them. But if we could improve the way of life of Canadians or the people in New Brunswick, for example, then we could decrease our health costs a lot. Just take diabetes: we could not eliminate type 2, but we could decrease it by at least 50 per cent if people changed their lifestyle. If you are in better physical shape and you are eating better and resting more, I think that this would also affect your mental health.

Senator Pépin: I quite agree with what you have just said. But if our schoolteachers explained what mental illness is to young children, maybe the stigmatization of people with mental health problems would disappear. If you use that kind of approach and education, you would also have to have a specific component. We would have to find that component and I am sure that Acadians are imaginative enough to find something in the area of mental health.

Mr. Robichaud: I would like to talk to you about a matter that has perhaps less to do with my department and more to do with the Department of Education. In New Brunswick, our school system has a system to include people with a physical or mental

peut-être une chose à dire, qu'il faut peut-être être fou 15 minutes par jour si on veut avoir un système équilibré. C'est beau d'être sérieux, mais à un moment donné, il faut être en santé mentale, il faut faire des choses, il faut avoir une vie équilibrée. Il y a beaucoup de choses à faire qu'on pourrait conseiller à la plupart des Canadiens.

Comme vous le savez, je suis en faveur de la promotion et de l'éducation de la santé. Dans notre système de réforme, l'an passé, on investissait seulement 500 000 \$ au niveau de la prévention et de l'éducation à la santé au Nouveau-Brunswick. Cette année, on va avoir 2 millions de dollars.

Le sénateur Pépin : Pour la prévention en santé mentale aussi?

M. Robichaud : Pour la santé en général.

Le sénateur Pépin : Oui. Il faudrait faire un petit volet pour la santé mentale.

M. Robichaud : Oui, mais la santé mentale fait partie de la santé générale d'un individu.

Le sénateur Pépin : Oui, mais il faudrait que vous le spécifiez.

M. Robichaud : Oui, mais je n'aime pas compartimenter une ou l'autre des maladies. Par exemple, le Nouveau-Brunswick, en ce qui a trait à l'obésité chez les jeunes, est une des provinces les plus marquées au Canada. L'obésité dans les cas de cancer, est un facteur important ainsi que pour les maladies du cœur. J'ai l'impression que c'est aussi un facteur pour la santé mentale. Lorsqu'on aura une campagne de promotion pour développer des stratégies communautaires pour la santé des citoyens, non seulement celle-ci affectera notre système hospitalier en général, mais la condition de vie des gens du Nouveau-Brunswick.

Un système de soins curatifs, c'est beau, mais ce n'est pas cela la santé. Les personnes en bonne santé sont des gens qui se sentent en forme et qui sont beaucoup plus productifs et plus imaginatifs. Ce sont beaucoup d'éléments qui n'ont pas rapport avec un système traditionnel qui coûte des gros sous. On aime nos médecins et on veut les garder. Mais si on pouvait améliorer la condition de vie des Canadiens ou des gens du Nouveau-Brunswick par exemple, on pourrait réduire nos coûts de santé de beaucoup. Si on prend l'exemple du diabète, on ne pourrait pas éliminer le type 2, mais on pourrait le réduire d'au moins 50 p. 100 si les gens changeaient leur style de vie. Si on est en meilleure forme physique et qu'on mange mieux et se repose plus, je pense la santé mentale devrait aussi être affectée.

Le sénateur Pépin : Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de dire. Mais si les professeurs dans les écoles expliquaient ce qu'est la maladie mentale aux enfants en bas âge, peut-être que la stigmatisation des personnes souffrant de maladie mentale disparaîtrait. Si vous faites ce genre d'approche et d'éducation, il faudrait avoir un volet spécifique. Il faudrait trouver ce volet, et je suis sûre que les Acadiens sont assez imaginatifs pour trouver quelque chose pour la santé mentale.

M. Robichaud : J'aimerais vous entretenir d'un sujet qui a peut-être moins rapport avec mon ministère mais plutôt avec le ministère de l'Éducation. Au Nouveau-Brunswick, on a un système d'intégration dans le système scolaire des personnes

handicap. This system is quite leading-edge in Canada and in North America. All the children go in through the same door; we have classrooms where children with multiple handicaps are put together with the other children, always insofar as possible. We worked hard to bring in that program. Our children go to our public schools notwithstanding the handicap, the physical condition or the mental condition of the individual. The attitudes have changed because, traditionally, those children went to separate schools. I think our model is extremely interesting in that sense. Our young people are used to being with other children who have physical or mental difficulties. Senator Kirby was telling me this morning that in many cases we have to change attitudes while children are still young because after you have reached a certain age, it is hard to get rid of your prejudices.

Senator Pépin: That is true.

Mr. Robichaud: Actually, because of our limited resources, our strategy centred on well-being will be centred on youth. The marketing people tell us that we have to concentrate on our strategy a lot more and that is why, in New Brunswick, with the money available for promotion and prevention, we will be concentrating on our youth. We have set up an interdepartmental committee including the departments of Education and Public Safety in order to ensure that we will be looking beyond the Department of Health to ensure that our strategy will be as efficient as possible.

Senator Pépin: You said 40 per cent of your budget went to health. If our committee were to recommend allocating a small percent specifically for mental health, do you think that we would be going too far? If we recommended that the federal government give you those funds that would have to go to mental health, do you think that would be acceptable?

Mr. Robichaud: I think we should put the money where there is a need and I do not like the idea of protecting a budget. We explained this to you before; we want our Community Health Centres to reflect the needs of the community and we want to give them the flexibility they need in order to have more than one model for New Brunswick. This flexibility is necessary in the northeast area of the province, for example, where you have a community that is mainly made up of fishers who have problems specific to the fisheries, and so if we need additional occupational therapists for problems with arthritis or others, then we want to be able to do that. In the industrial area of Saint John, respiratory problems are more frequent and so if we have more flexibility, then a specialist in that area might be able to visit the companies. And in an area where you have a higher suicide rate, then the Community Health Centre must have additional resources specifically for that problem.

Our purpose in decentralizing our Regional Health Services Boards was to have the flexibility we need to meet the needs of any given region. We must have provincial standards and their implementation has to be local. You have a problem when you have a system that applies across the board in the same way.

ayant un handicap physique et mental. Ce système est assez avant-gardiste au Canada et en Amérique du Nord. Tous les enfants entrent par la même porte ; on voit dans les salles de classe des enfants ayant des handicaps multiples qui sont intégrés avec les autres élèves, et ce, toujours dans la mesure du possible. On a beaucoup insisté pour ce programme. Chez nous tous les enfants fréquentent l'  cole publique indépendamment de l'handicap, de la condition physique ou mentale de l'individu. Les attitudes ont changées car traditionnellement ces enfants fréquentaient des écoles séparées. Je pense que notre modèle est extrêmement intéressant dans ce sens. Les jeunes sont donc habitués à côtoyer des jeunes qui ont des difficultés physiques ou mentales. Le sénateur Kirby me disait ce matin qu'il fallait souvent changer les attitudes chez les enfants, peut-être qu'après un certain âge, c'est plus difficile de changer nos préjugés.

Le sénateur Pépin : C'est vrai.

M. Robichaud : D'ailleurs, notre stratégie sur le mieux-être, à cause des ressources limitées, sera axée sur la jeunesse. Les gens en marketing nous disent qu'il faut se concentrer beaucoup plus sur notre stratégie et c'est pourquoi qu'au Nouveau-Brunswick, avec les sommes disponibles pour la promotion et la prévention, on se concentrera sur la jeunesse. On a mis sur pied un comité interministériel comprenant les ministères de l'éducation et de la Sécurité publique afin de s'assurer qu'on ira au-delà du ministère de la Santé pour s'assurer que notre stratégie soit des plus efficaces.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit que 40 p. 100 de votre budget était consacré au domaine de la santé. Si notre comité faisait la recommandation d'allouer un petit pourcentage spécifiquement pour la santé mentale, pensez-vous que l'on irait trop loin? Si on recommandait au gouvernement fédéral de vous donner ces fonds qui devront être alloués à la santé mentale, pensez-vous que cela serait bien accepté?

M. Robichaud : Je pense qu'on devrait mettre de l'argent où les besoins existent et je n'aime pas l'idée de protéger un budget. On vous l'a expliqué tantôt, on veut que les Centres de santé communautaires reflètent les besoins de la communauté et on veut leur donner la flexibilité nécessaire afin d'avoir plus d'un modèle pour le Nouveau-Brunswick. Cette flexibilité est nécessaire dans le nord-est de la province, par exemple, où se trouve une communauté qui est surtout composée de p  cheurs qui ont des problèmes spécifiques reliés à la pêche, de sorte que si on a besoin d'ergothérapeutes additionnelles pour des problèmes d'arthrite ou autres, qu'on puisse le faire. Dans la région industrielle de Saint-Jean, les problèmes respiratoires sont plus fréquents donc si on a plus de flexibilité, un spécialiste dans ce domaine pourrait visiter les compagnies. Et dans une région où le taux de suicide est plus élevé, le Centre de santé communautaire doit pouvoir avoir des ressources additionnelles spécifiquement pour ce secteur.

Notre objectif au niveau de la décentralisation de nos Régions régionales de santé, c'est d'avoir la flexibilité nécessaire pour rencontrer les besoins d'une région. On doit avoir des normes et des standards provinciaux et l'application de ceux-ci doit être locale. Un problème survient lorsqu'on a un système que l'on applique à tout le monde, et ce, de la même manière.

I once worked in the school system where, in two different schools, resources were divided per capita. That should not have been done. The resources should have been allocated based on need. I had a school where, socially speaking, the scale was lower, and in that sense we were giving the same resources to a school where the community's social standing was much higher and where they had far fewer problems such as teenage, pregnancies, psychosocial problems and so on. Technically, more resources should have been made available to the school that had the greatest need. So in the health system, I think it is the same thing. The Canadian principle is to allocate resources based on the objective you want to attain. For example, if you allocate the same resources per capita for our aboriginal population, then we will be missing the boat. The gap will grow wider.

Because of the intense needs of the population, you sometimes have to allocate more resources. The problem in the Maritimes, it is that we often lack resources. Maybe I am going a bit beyond the scope of my terms of reference, but as Minister of Health, I do have to express myself. When we were talking about the sale of prescription drugs in the Maritimes, it must be said we have a lot less to offer than in central or western Canada. We are far more constrained because of our financial needs and that requires us to be far more creative in terms of our approach. In that sense, I think it was beneficial for mental health, because we had to review our way of offering services far earlier and be more creative. I would say that is why, for example, we had to restructure our mental health care system to get the patients out of the institutions. That was extremely expensive. Our present reform allows us to save money by shutting down beds that it would be nice to keep, but I consider that we have more urgent priorities. We wanted to meet our objectives without affecting the quality of care so certain resources were strategically moved to areas where they would be more efficient. If we could extract more resources from the hospital system and put them into preventive care, into mental health care or elsewhere, it would certainly be a good thing to do.

Senator Pépin: In mental health, everything will be fine, because these people stay in their environment.

[English]

The Chairman: Minister, I still have two of my colleagues who would like to ask you questions, but I do notice that it is a couple of minutes after 10 o'clock.

Mr. Robichaud: The premier will be mad at me when I come in late for Question Period.

The Chairman: I did promise that you would get there on time. Thank you very much for coming.

Mr. Robichaud: I thank you very much for your time. Again, I commend you for your initiative. Indirectly you will be affecting all Canadians, whatever the result, because at least collectively we can reflect on what is the situation with regard to mental health in

J'ai déjà travaillé dans le système scolaire o   dans deux   coles différentes, o   l'on divisait les ressources per capita. Cela n'aurait pas du se faire. Les ressources auraient d   être allouées à partir du besoin. J'avais une   cole où le milieu était socialement, je dirais, bas, et dans ce sens, on donnait les mêmes ressources à une   cole où la collectivité avait un standing social beaucoup plus élevé, où l'on avait beaucoup moins de problèmes, par exemple, de jeunes filles enceintes, de problèmes psychosocial et autres. Techniquement, on aurait dû mettre plus de ressources dans l'  cole qui en avait le plus besoin. Donc, dans le système de santé, je pense que c'est la même chose. C'est un principe Canadien que de mettre les ressources en fonction des objectifs que l'on vise. Par exemple, si on met les mêmes ressources per capital pour notre population autochtone, on va manquer le bateau. Le fossé va s'élargir.

   cause de l'intensité des besoins d'une population parfois il faut mettre plus de ressources. Le problème de l'Atlantique c'est qu'on manque souvent de ressources. Peut-être que je déborde un peu du cadre de mon mandat, mais comme ministre de la Santé, je dois tout de même m'exprimer sur un point. Lorsqu'on parlait de la vente de médicaments sur ordonnance dans l'Atlantique, on a beaucoup moins à offrir que dans le centre du Canada ou dans l'Ouest Canadien. On est plus limité par nos besoins financiers et cela nous demande donc d'être beaucoup plus créatifs en termes d'approche. En ce sens, je pense que cela été bénéfique pour la santé mentale, parce qu'on a dû repenser beaucoup plus tôt notre manière d'offrir les services et être beaucoup plus créatif. Je dirais que c'est de cette façon qu'on a dû, par exemple, restructurer le système des soins de santé mentale pour sortir les patients des institutions. Cela coûtait extrêmement cher. Notre réforme actuelle nous permet de faire des économies en fermant des lits, qu'il serait plaisant de garder, mais je considère qu'on a des priorités plus urgentes. On voulait rencontrer nos objectifs sans affecter la qualité des soins, donc certaines ressources ont été déplacées stratégiquement où elles seraient plus efficaces. Si on pouvait sortir plus de ressources du système hospitalier et les mettre dans les soins préventifs, dans les soins de la santé mentale ou ailleurs, ce serait sûrement bien de le faire.

Le sénateur Pépin : En santé mentale, tout va être très bien, parce ces personnes restent dans leur environnement.

[Traduction]

Le président : Il y a encore deux de mes collègues qui désirent vous poser des questions, mais je constate qu'il est 10 heures passées.

M. Robichaud : Le premier ministre provincial ne sera pas content de me voir arriver en retard à la période des questions.

Le président : C'est vrai que je vous ai promis qu'on vous lib  rerait à temps. Merci beaucoup de votre témoignage.

M. Robichaud : Merci beaucoup de m'avoir invité. Je voudrais à nouveau vous féliciter de votre initiative. Indirectement, elle aura un impact sur l'ensemble des Canadiens, peu important les conclusions, parce qu'elle nous permet d'examiner les questions

Canada, and I commend you for your initiative. I thank you for providing me the opportunity to come here and have a chat with you.

The Chairman: Thank you for those words of encouragement, Mr. Minister, in what we are doing. We will keep pushing.

Senators, we will move on to our last panel of the morning. Welcome, ladies and gentlemen. What I will do is what we always do, which is to ask each of you to begin with your opening statement, going all the way across the panel, and then we will ask questions of everybody, collectively. That is the most effective way for us to proceed. I will begin on my left, on your right, and ask Madam Boudreau, who is appearing as an individual, to give us her opening statement, and then we will go across the table.

[Translation]

Ms. Édouardine Boudreau, As an Individual: Mr. Chairman, my name is Édouardine Boudreau, Director General of the Tracadie-Sheila Centre d'activités l'Échange in the Acadian Peninsula. It is a day centre where people are monitored or where they receive mental health care. In coming to the centre, they will feel they are not alone and can participate in activities for self-actualization.

I have noted that these people need better incomes, which would provide them with a better quality of life, emotional stability, an adequate home, healthier food, and higher self-esteem. They cannot be worry-free with the small amount of money they receive from the Department of Revenue. They do not have enough money to pay their rent and to eat for the entire month. They have bills, and they cannot pay them at the end of the month, and debts accumulate. At some meals, they do not have anything to eat. They must buy their clothing in second-hand shops, and they are aware that they are not living a normal life.

These individuals are people like you and me. Like me, because I went into a depression when I was 28 and suffered two professional burnouts after that. I turned to therapists and psychologists. Like you, because mental illness can affect anyone. It is not a question of social class. Things worked out okay for me, as they have for others, but there are no guarantees I will not have a relapse.

In the Acadian Peninsula, we must take action immediately to help these people by providing them with adapted housing, since we are the only region of New Brunswick that does not have any. We would be happy to be able to set up a system to help them.

We have started by setting up a standing committee, and we are all working together, parents, social workers, and people affected by mental health problems. We are not supported by the provincial government to the extent we would like to be. I hope that this group here today will be able to give us some hope. We must help these people who will not make it without us.

de la santé mentale au Canada collectivement. Je vous félicite donc de cette initiative. Merci également de m'avoir invité à discuter avec vous.

Le président : Merci de vos encouragements, monsieur le ministre. Nous n'allons pas lâcher prise.

Chers sénateurs, nous allons maintenant passer au dernier groupe de témoins ce matin. Bienvenue, mesdames et messieurs. Nous allons procéder comme d'habitude, c'est-à-dire que je demanderai à chacun d'entre vous de prononcer ses remarques liminaires, à tour de rôle, et ensuite nous vous poserons des questions, collectivement. C'est la façon la plus efficace de procéder. Je vais commencer par ma gauche, c'est-à-dire votre droite, en demandant à Mme Boudreau, qui témoigne à titre personnel, de prendre la parole, et ensuite on passera aux autres témoins à tour de rôle.

[Français]

Mme Édouardine Boudreau, À titre personnel : Monsieur le président, je suis Édouardine Boudreau, directrice générale du Centre d'activités l'Échange de Tracadie-Sheila dans la Péninsule acadienne. C'est un centre de jour où les personnes ont été suivies ou qui ont reçu des soins de santé mentale. En venant au centre, elles ne se sentent pas seules et peuvent faire des activités qui les valorisent.

J'ai pu constater que ces personnes ont besoin de meilleurs revenus financiers, ce qui leur apporterait une meilleure qualité de vie, une stabilité émotionnelle, un chez-soi adéquat, une nourriture plus saine, et une meilleure estime de soi. Ce n'est pas le peu de revenus qu'ils reçoivent du ministère du Revenu qui les fait vivre sans inquiétude. Ils n'ont pas assez d'argent pour payer leur loyer et pouvoir manger durant tout le mois. Ils ont des comptes et ils ne peuvent pas les payer à tous les mois, et les dettes s'accumulent. Ils n'ont pas de quoi manger à tous les repas. Ils doivent s'habiller dans les friperies et ils sont conscients que leur vie n'est pas une vie normale.

Ces individus sont des personnes comme vous et moi. Comme moi, parce que j'ai moi-même fait une dépression à l'âge 28 ans et deux épuisements professionnels par la suite. J'ai eu recours aux soins de thérapeutes et de psychologues. Comme vous, parce que personne n'est à l'abri de la maladie mentale. Ce n'est pas une question de classe sociale. Je suis parmi ceux qui s'en sont bien sortis, mais je ne suis pas à l'épreuve des rechutes.

Nous, dans la Péninsule acadienne, nous avons un besoin urgent d'aider ces personnes en leur procurant des résidences adaptées, étant donné que nous sommes la seule région du Nouveau-Brunswick qui n'en a pas. Nous serions heureux de pouvoir mettre sur pied un système pour leur venir en aide.

Nous avons commencé par mettre sur pied un comité permanent et nous travaillons tous ensemble, parents, travailleurs social et les personnes touchées de près par le problème de santé mentale. Nous ne sommes pas épaulés par le gouvernement provincial comme nous le souhaiterions. J'espère que le rassemblement ici présent aujourd'hui pourra nous donner de l'espoir. Nous devons aider ces personnes qui ne peuvent pas s'en sortir sans notre aide.

The Réseau de services péninsulaires will hold a radiothon on June 12, 2005, to raise funds. Anyone here who would like to make a donation can send it to the following address: Réseau de services péninsulaires, 399 Couvent Street, Suite 313, P.O. Box 20058, Centre-Ville, Tracadie-Sheila, New Brunswick, E1X 1G6.

That concludes my presentation on the people I work with. I see them every day, and these people are urgently in need of a better quality of life.

Ms. Monette Boudreau, As an Individual: My name is Monette Boudreau, from Shédiac. I am going to talk about my experience, in order to help people who are perhaps going through the same thing as me.

I was diagnosed with schizophrenia when I was 19. I did well in school and got at least average grades. I was involved in many activities, including figure skating, guitar, and tennis. I considered myself to be in good physical condition, like my fellow students at school.

At the age of 17, when I was in grade 12, I left school for a month, and when I came back, I could not catch up and that led to a lot of frustration. I had to go to Florida with my parents. My exams were getting closer; after school, I worked for two hours in a pharmacy about three nights a week. There was too much stress, and one day, when I got home, I broke down in tears and had an uncontrollable breakdown. My brother Léonce, who is a psychologist, came to the house and tried to understand what was happening to me. The next day, I did not get out of bed; I did not go to school, I was afraid; I was terrified.

Léonce did his utmost to help me every day, but nothing worked. I say that nothing worked, but I understand his advice today, and I practise it. I had lost a considerable amount of weight; I isolated myself; I became paranoid about everything. My brother introduced me to one of his classmates, who helped me, because I could not let go and move on. For me, everything was falling apart. I was questioning my life, my future, many things. In the teen years, as you are heading for adulthood, you question where you are going, to what university, where you will live, what field you will go into; there were many choices that interested me, but I was not sure.

Thanks to the good grades I had received, I got my diploma at the end of the school year, and I entered university in nutrition, but I lived in fear. I participated in the initiation, and I was so terrified. My breakdown was not over, and I had to drop out after a month. I went back to my parents' home, and for the rest of the year, I did my activities, my hobbies, such as skating, skiing, crafts, reading and others, in addition to helping my mother clean the house. Everything was going well, because I was not under stress.

In September, I went back to university in education, but because I am a perfectionist, I pushed myself to the limit, and I started to have paranoid reactions. I had to drop out again in the second semester.

Le Réseau de services péninsulaires tiendra un radiothon le 12 juin 2005, pour ramasser des fonds. Celles ou ceux ici présents qui veulent faire un don pourront l'envoyer à l'adresse suivante : Réseau de services péninsulaires, 399, rue du Couvent, local 313, case postale 20058, Centre-Ville, Tracadie-Sheila, Nouveau-Brunswick, E1X 1G6.

Ceci est mon exposé concernant les personnes avec qui je travaille. Je les vois tous les jours, et c'est un besoin criant pour ces personnes que d'avoir une meilleure qualité de vie.

Mme Monette Boudreau, À titre personnel : Je me présente, Monette Boudreau, de Shédiac. Je vais vous parler de mon expérience afin d'aider ceux qui passent peut-être par la même chose que moi.

J'ai été diagnostiquée avec un problème de schizophrénie à l'âge de 19 ans. À l'école, je réussissais bien avec des notes toujours dans la moyenne. J'avais de nombreuses activités tels que le patinage artistique, la guitare, le tennis et autres. Je me considérais en bonne forme physique, comme mes confrères et consœurs à l'école.

À l'âge de 17 ans, lorsque j'étais en douzième année, je me suis absentée de l'école pendant un mois, et à mon retour, je n'arrivais plus à rattraper mon retard et cela m'apportait beaucoup de frustration. J'ai dû aller en Floride avec mes parents. Mes examens approchaient, je travaillais après la classe deux heures dans une pharmacie, environ trois soirs par semaine, alors le stress étant trop fort, une journée, en arrivant à la maison, j'ai éclaté en sanglots et j'ai fait une crise incontrôlable. Mon frère Léonce, qui est psychologue, est venu chez nous et a essayé de comprendre ce qui m'arrivait. Le lendemain, je ne suis pas sortie du lit, je ne suis pas allée à l'école, j'avais peur, j'étais effrayée.

Léonce a tout fait pour m'aider tous les jours, mais rien n'a fonctionné. Je dis que rien n'a fonctionné, mais aujourd'hui ses conseils, je les comprends, et je les pratique. J'avais perdu beaucoup de poids, je m'isolais, j'étais devenue paranoïaque à propos de tout. Ce dernier m'a fait rencontrer un de ses confrères de classe qui m'a aidé car je n'arrivais pas à lâcher prise et à m'en sortir. Pour moi, tout tombait à l'eau. Je me questionnais sur la vie, mon avenir, sur beaucoup de choses. À l'adolescence, quand tu vas vers l'âge adulte, tu te questionnes où tu vas aller, quelle université, où tu vas demeurer et quel domaine tu vas aller, j'avais beaucoup de choix qui m'intéressait, mais je n'étais pas certaine.

Grâce à mes bonnes notes précédentes, j'ai pu recevoir mon diplôme de fin d'année scolaire et je suis entrée à l'université en nutrition, mais je vivais dans la peur. J'ai participé à des journées d'initiation et j'étais tellement effrayée, je n'avais pas fini ma crise et j'ai dû lâcher après seulement un mois. Je suis revenue chez mes parents, et pendant le reste de l'année, j'ai fait mes activités, mes passe-temps tels que le patinage, le ski, l'artisanat, de la lecture et autres en plus d'aider ma mère au ménage de la maison. Tout allait bien, car je n'avais pas de stress.

En septembre, je suis retournée à l'université en éducation, mais comme j'étais perfectionniste, je me suis poussée à bout, et j'ai recommencé à avoir des réactions de paranoïa. Au deuxième semestre, j'ai dû abandonner mes études à nouveau.

I do not know if you have seen the movie *A Beautiful Mind*, but when I saw that movie, it really affected me. I went through the same thing. What I saw was truly real. When I was in university, I thought that the communist governments were out to get me, the TV talked to me, so did the radio and all of that.

I went to live with my sister, then with my brother who is a psychologist and who continued to help me, but one night, I panicked, and I ran away from home. The neighbours had me taken to the hospital immediately, and I was admitted to the psychiatric ward. The psychiatrist who treated me confirmed that I was on the verge of completely losing my mind. I stayed there for four months, and that is when I was diagnosed with schizophrenia. It was a shock for me. I had seen people who were controlled with straitjackets in films on TV, but I never thought that a disease like that would affect me. For me, receiving electroshocks would mean that I was insane, and that was not well viewed in society at all. However, during my stay in the hospital, I started to eat again, to participate in activities, and to socialize with others. That enabled me to see that there were other people with problems similar to mine. It was very worrisome at the beginning, because I did not know anything about the disease. We had never talked about it at school or anywhere else. It was a taboo subject. I received documentation and brochures that helped me to better understand the disease over the years.

When I returned home, I stopped taking my medication, and I had to be hospitalized again. As a matter of fact, I had nine relapses like that between 1979 and 1999. After a while, my stays in the hospital were a relief to me. I felt safe with the nursing staff.

In 1980, I went to the CEGEP in Rivière-du-Loup to study administration, but I was not motivated, and I did not succeed. It was not my field. I was more interested in the humanities and education. Three years later, I enrolled in a one-year program in childcare at the Campbellton Community College. I passed, and I worked for a year in a day care centre in Moncton.

In terms of work, I have had summer jobs at my father's campground, two or three times. I tried working in a used clothing store, but I haven't had anything steady.

Last year, I took a 7-week course with Built Network, which I passed, but I am not on the labour market. I used to volunteer for an organization for young people, but the program no longer exists. However, I do volunteer three mornings per week at a day care near where I live. In addition, I am on the board of directors of a Peer Employment Support Program. It is a centre where people with mental illnesses learn to use a computer. It is open from 1 to 4 p.m. every day, and they do your resume, prepare you, and put you back on the labour market. As you can see, I cannot be on the labour market because of this health problem, having constantly been on medication for our 15 years.

Je ne sais pas si vous avez vu le film *A Beautiful Mind*, mais moi, quand j'ai vu ce film, je fus tellement touchée. J'ai passé par la même expérience. C'était vraiment réel ce que je voyais. Quand j'étais à l'université, je pensais que les gouvernements communistes étaient contre moi, la télévision me parlait, la radio et tout cela.

Je suis allée demeurer chez ma soeur puis chez mon frère psychologue qui continuait toujours de m'aider, mais un soir, j'ai paniqué et je me suis sauvée de la maison. Les voisins m'ont fait conduire d'urgence à l'hôpital, et j'ai été admise en psychiatrie. Le psychiatre qui m'a soigné a affirmé que j'étais à un fil de perdre complètement la raison. J'y ai fait un séjour de quatre mois, et c'est là qu'on a donné le diagnostic de schizophrénie. Pour moi, ce fût un choc. J'avais déjà vu des personnes que l'on contrôlait avec des camisoles de force dans des films à la télé, mais jamais je n'avais pensé qu'une telle maladie m'arriverait à moi. Pour moi, de recevoir des électrochocs voulait dire que j'étais folle, et ceci était très mal vu dans la société. Cependant, pendant mon séjour à l'hôpital, j'ai recommencé à manger, à participer aux activités et à socialiser avec les autres. Cela m'a permis de voir qu'il y avait d'autres personnes avec des problèmes similaires aux miens. C'était très inquiétant au départ car je ne connaissais rien de cette maladie. Jamais on en avait parlé ni à l'école ni ailleurs. C'était un sujet tabou. J'ai reçu de la documentation et des brochures qui m'ont aidé à comprendre mieux la maladie au fil des années.

De retour à la maison, j'ai cessé de prendre mes médicaments, et j'ai dû être hospitalisée de nouveau. En réalité, j'ai fait neuf rechutes de ce genre, à partir de 1979 à 1999. Après un certain temps, mes séjours étaient pour moi un soulagement. Je me sentais en sécurité avec le personnel soignant.

En 1980, je suis allée au Cégep de Rivière-du-Loup en techniques d'administration, mais je n'étais pas motivée et je n'ai pas réussi le cours. Ce n'était pas mon domaine. Je m'intéressais plutôt aux sciences humaines et à l'éducation. Trois ans après, j'ai fait un cours d'un an au Collège communautaire de Campbellton en techniques de garderie. J'ai réussi le cours et j'ai travaillé un an dans une garderie de Moncton.

Côté travail, j'ai eu des emplois d'été au terrain de camping de mon père, deux ou trois fois. J'ai fait une tentative dans un magasin de linge usagé, mais je n'ai rien eu de stable.

L'an dernier, j'ai suivi un cours de sept semaines avec Built Network que j'ai réussi, mais je ne suis pas sur le marché du travail. Je faisais du bénévolat pour un organisme pour jeunes, mais le programme n'existe plus. Par contre, je vais bénévolement, trois matins par semaine, à une garderie tout près de chez-moi. De plus, je fais partie du comité d'administration du Programme de support à l'emploi par l'entremise des aides pairs. C'est un centre où les personnes qui ont des maladies mentales vont apprendre à utiliser l'ordinateur. C'est ouvert de une heure à quatre heures tous les jours et ils font ton curriculum vitae, ils te préparent, te réintègrent sur le marché du travail. Comme vous pouvez le constater, je ne peux pas être sur le marché du travail à cause de ce problème de santé, étant sous médication continuellement depuis plus de 15 ans.

I hope that efforts will be made to make the general public aware of mental illness, so that we are no longer seen as dangerous or different people, and especially, so that we are entitled to live like everyone else, and so that it is understood that we have financial, emotional and social needs. I would like the general public, adults and young people, to be well informed and to see mental illness the same way they see physical illness, and for a lot more help to be given to the parents of affected young adolescents. There need to be more support services in schools to educate teachers and students in their class. There may be someone who is potentially depressed or has a family member with a mental illness problem. I would like television shows to be used to better informed the public and get rid of the stigma. Far too many people think that being depressed, schizophrenic, bipolar or what have you is something to be hidden. You feel like you are being pointed at, looked down on. You feel like a mental illness is far worse than a physical illness. Meetings with family members would go a long way toward helping us work together.

In conclusion, as the years go by, employers put so much pressure on their staff that there will be more and more people affected. You must immediately add more services for people already or soon to be affected, what with the terrible pace of today's society.

Personally, I make an effort to integrate into society. I have attended workshops on self-esteem, and I do therapy at a support group for people suffering from depression. That is at CMHA in Moncton, and of course I see my psychologist and my psychiatrist regularly.

I am now 45, and I have to admit that a few times, I was unlucky in love, and that contributed to a descent into hell and some very tough times to get through in my condition. I have lived in one of those assisted living homes, but in my case, it wasn't a solution that allowed me to progress. Everything is done for you, the meals, the housework. I felt useless there. It is true and it is not true. They have built apartments in Saint-Anselme, one bedroom apartments. I would like to live there. That would be a plus.

I am currently living with my mother, who is 90, but that situation will eventually have to change. My dream would be to have my own home with my friend Roger, and I hope that dream will come true.

[English]

Ms. Karen MacFarlane, Options Outreach Employment Inc.: Good morning. I am with Options Outreach Employment from Saint John, New Brunswick. Options is an employment counselling program for people with disabilities, sponsored by Training and Employment Development New Brunswick. One of our programs at Options is Simply Good Catering, also known as Business Venture Group. Business Venture Group is the umbrella group which we hope to grow, and that is why I am here today.

Je souhaite que des efforts soient faits afin de faire connaître la maladie mentale au grand public, qu'on ne soit plus vu comme des personnes dangereuses ou différentes, et surtout, qu'on ait le droit de vivre comme tout le monde, et que l'on comprenne qu'on a des besoins financiers, affectifs et sociaux. J'aimerais que le grand public, adultes et jeunes, soit bien informés et considère la maladie mentale au même degré que la maladie physique et que beaucoup plus d'aide soit offert aux parents de jeunes adolescents atteints et qu'il y ait plus de services d'aide aux écoles pour conscientiser les enseignants et les jeunes que dans leur classe. Il peut y avoir une personne potentiellement atteinte de dépression ou qu'un membre de leur famille ait un problème de maladie mentale. J'aimerais qu'on utilise les émissions de télé pour mieux informer la population, qu'on fasse tomber ces stigmates. Beaucoup trop de personnes pensent qu'on doit caché le fait qu'on est dépressif, qu'on est schizophrène, bipolaire ou autre. On se sent pointé du doigt, regardé de haut. On se sent comme si une maladie mentale est bien pire qu'une maladie physique. Aussi, des rencontres avec les membres de la famille aideraient énormément à fonctionner ensemble.

En conclusion, avec les années, les employeurs mettent tellement de pression sur leur personnel qu'il y aura de plus en plus de gens atteints. Il vous faut immédiatement ajouter plus de services pour les gens déjà atteints ou qui le deviendront prochainement avec le train de vie affreux que vit notre société.

De mon côté, je fais des efforts pour m'intégrer dans cette société. J'ai suivi des ateliers sur l'estime de soi, je fais de la thérapie au Groupe de support pour dépressifs. C'est à CMHA à Moncton, et bien entendu, je vois régulièrement mon psychologue et mon psychiatre.

J'ai maintenant 45 ans, et je dois avouer qu'à quelques reprises, j'ai eu des déceptions amoureuses qui ont contribué à des descentes aux enfers et des temps très difficiles à vivre dans ma condition. J'ai déjà vécu dans l'une de ces résidences alternatives, mais dans mon cas, ce n'est pas une solution à mon épanouissement. Tout est fait pour toi, les repas, le ménage. Je m'y sens comme inutile. C'est vrai et ce n'est pas vrai. Ils ont bâti des appartements à Saint-Anselme, ce sont des appartements avec une chambre. J'aimerais y habiter. Ce serait un plus.

Je demeure présentement avec ma mère qui a 90 ans, mais cette situation devra éventuellement changer. Mon rêve serait d'avoir mon chez-moi avec mon ami Roger, et j'espère pouvoir réaliser ce rêve.

[Traduction]

Mme Karen McFarlane, Options Outreach Employment Inc. : Bonjour, je représente le programme Options Outreach Employment de Saint John au Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'un programme de counselling dans le domaine de l'emploi pour les personnes handicapées, qui est parrainé par le ministère de la Formation et du Développement de l'emploi du Nouveau-Brunswick. Le programme regroupe entre autres le service de traiteurs Simply Good Catering, qu'on appelle aussi Business Venture Group, qui est un groupe de coordination qui, on l'espère, prendra de l'expansion. C'est dans cette optique que nous avons décidé de comparaître aujourd'hui.

I will tell you a little bit about the history of Simply Good. In 1998, I met with Patricia Allan-Clark of the Human Development Council, who at the time was the Community Economic Development Officer for Saint John, and we decided that we would try to create a business with mental health consumers. We had 30 mental health consumers who came to the initial meeting and were very interested in doing this. We met for almost a year before we decided what our business would be and what we would do, but after a year of soul-searching and looking at skills and possibilities, we came up with the idea of a catering business.

The catering business actually started in 2000, and at that time it employed 10 people. We had some base funding from Community Mental Health Services, which gives us \$5,000 a year, and through the Skate-to-Care project in the Saint John area, the MindCare Foundation, which supplies all of our stoves and the equipment that we need to function and which, of course, is essential to our business. We started out doing one job a month, and that was almost a big thing at that time. After about a year, that developed into one job a week, which was very good because, of course, it gave our people more experience. At that point we were able to employ the services of Chef John Eckhart from Saint John Community College, who taught us techniques and that type of thing for our business, and this really helped our clientele. Then we became even busier. At the moment, we are up to about three jobs a week, which is fairly good.

That is only what we do as a business. What the business stands for is a whole lot more. First of all, I cannot express to you how important it is for our people to be able to say that they are working. I just get all flustered when I think about it because it is so important to them. Their self-esteem goes from nothing to very high. They have gained self-confidence. Thirty-six people have gone through Simply Good since we started out. A lot of them have gone on to other jobs which, of course, is the goal for Options Outreach Employment, and some of them have gone on to school. We have some in training programs right now. Some of them have simply discovered that they cannot work, which is an important thing to learn because they know how to get on with the rest of their lives at that point. We have a base of 10 people because that is all we can employ at one time. We have just completed another course, and they all did wonderfully. In fact, over all, they are all doing very well.

This program is also very important for the community. Number one, they are providing a service for the community, so of course they are again part of the community, from which they have been excluded for a number of years, so that is very important. Most important of all, however, is that since we

Permettez-moi de retracer l'historique de Simply Good. C'est en 1998 que j'ai rencontré Mme Patricia Allan-Clark du Conseil de développement des ressources humaines, qui était à l'époque agente de développement économique communautaire pour la Ville de Saint John. C'est à cette époque que nous avons décidé de créer une entreprise qui permette la participation des personnes souffrant de troubles mentaux. Trente utilisateurs ont participé à la première réunion et étaient très intéressés par le projet. Nous avons tenu des réunions pendant près d'un an. Avant de décider quelle serait la nature de notre entreprise, nous avons passé 12 mois à étudier les différentes possibilités et à identifier les compétences de chacun, et c'est un service de traiteur que nous avons choisi.

Notre service de traiteur a en fait été lancé en 2000, et à l'époque il comptait 10 employés. Nous avons obtenu du financement de base des Services de santé mentale communautaires qui nous font don de 5 000 \$ par année, et par le biais du projet Skate-to-Care de la région de Saint John et de la Fondation MindCare, qui nous fait don des cuisinières et de l'équipement dont nous avons besoin pour faire rouler notre entreprise, composantes essentielles de nos activités. Au départ, on avait une commande par mois, et c'était déjà bien à l'époque. Après environ un an, on en avait plutôt une par semaine, ce qui était très bien parce que ça a permis à nos employés d'acquérir de l'expérience. C'est alors que nous avons pu embaucher M. John Eckhart qui est chef au Collège communautaire de Saint John. Il nous a enseigné les techniques dont on avait besoin pour faire fonctionner les choses, ce qui a permis d'accroître la satisfaction de la clientèle. C'est à partir de ce moment-là qu'on a commencé à être plus occupé. Actuellement, on reçoit environ trois commandes par semaine, ce qui n'est pas mal.

Je viens de vous décrire le côté business de notre entreprise. La vocation de l'entreprise est une dimension plus importante. Tout d'abord, je ne peux vous expliquer à quel point c'est important pour ces personnes de pouvoir dire qu'elles travaillent. Quand j'y pense, ça me touche profondément parce que c'est vraiment très important. Tout à coup, ces personnes qui n'avaient pas d'estime de soi sont bien dans leur peau. Elles sont confiantes. Trente-six personnes ont participé au programme de Simply Good depuis sa création. Il y en a beaucoup qui ont pu trouver du travail par après, ce qui est l'objectif du programme Options Outreach Employment, alors que d'autres sont retournés aux études. Il y en a même qui suivent des programmes de formation actuellement. Certains ont découvert qu'il leur était tout simplement impossible de travailler, et ça aussi c'est important parce que ça leur permet de gérer le reste de leurs vies. Nous fixons le groupe à 10 personnes parce que nous ne pouvons pas nous permettre d'en embaucher plus. Nous venons tout juste de terminer un autre cycle de formation et tout le monde a très bien réussi. On peut même dire que de façon générale, tout le monde s'en sort très bien.

Le programme est également très important pour la collectivité. D'abord, nos employés offrent un service à la communauté, ce qui veut dire qu'ils en font partie à nouveau après en avoir été exclus pendant un certain nombre d'années, et ça c'est très important. Ce qui est plus important encore, c'est le

opened, of the people who have participated in the program, we have only had two hospitalizations in five years. That is phenomenal. That is really good, and of course saves the government thousands and thousands of dollars. Therefore it is very important that programs like this continue and grow.

It is truly our hope that, number one, we will receive some financing to help Simply Good continue. We are at a point now where we need that funding. Second, we want to see other businesses start up because, in the Greater Saint John area, there are over 3,000 mentally ill people. We only serve about 10, 20 or 30. That is barely touching who is out there, and what is needed. We see so many people, and I have waiting lists. I have people who come to see me because they say, "We want a job with Simply Good Catering" or "We want to be part of that" because the general public, particularly employers, do not understand the needs of people with poor mental health. It scares them. I am not sure why, but it does. If you have a heart problem or diabetes and take time off work, when your health improves you go back to work. However, when you have a mental health problem and you take time off work, you are finished. That is it for you, and that is pretty bad. That is very sad because they can go back to work; they can work. They do have skills, and they do have needs, but they are very important to our society.

One thing that sometimes we do not look at is that the main barrier for mental health consumers going to work is poverty. Because they are forced to live in poverty, as was mentioned earlier, they cannot afford the clothes; they cannot afford the proper food; they live in very poor housing situations. Sometimes they cannot get the proper sleep at night. Ask yourselves the question: if you are not sleeping at night, can you go to work the next day? You do not feel too good at work the next day when you go. Of course, that impacts doubly for people with a mental illness because they need their proper sleep. Like anybody else, they need to keep themselves healthy. Therefore we need to take a look at this situation and help these people out, and help build their self-esteem again. It is so important for them to be able to say that they are working. They can work, and they do work.

I will tell you that the most fun I have at work is when I am at Simply Good, working with the people because they are so interesting and they are so appreciative. Sometimes we take what we have for granted. They do not take anything for granted. They appreciate everything that they have, and that is so nice to see. However we need to survive, like any other business. We need to pay the rent, we need to pay the phone bill and we need to employ

fait que depuis le lancement de notre entreprise seules deux des personnes ayant été formées chez nous ont été hospitalisées au cours des cinq dernières années. C'est phénoménal. C'est vraiment génial et en plus ça permet au gouvernement d'économiser des milliers de dollars. Voilà pourquoi il est très important que de tels programmes puissent continuer à exister et prendre de l'expansion.

Nous espérons que nous recevrons le financement dont nous avons besoin pour que Simply Good puisse survivre. Nous en sommes arrivés au point où ce financement est absolument nécessaire. De plus, nous voudrions que d'autres entreprises soient créées. En effet, dans la région métropolitaine de Saint John, il y a plus de 3 000 personnes qui souffrent de troubles mentaux. Nous ne pouvons nous occuper que de 10, 20 voire 30 d'elles. Ce n'est que la partie visible de l'iceberg. Il y a tellement de gens qui viennent nous voir, nous avons même des listes d'attente. Moi, il y a des gens qui viennent me voir pour me dire qu'ils voudraient travailler pour le service de traiteur Simply Good ou qu'ils veulent se joindre à notre équipe parce que le public, et plus particulièrement les employeurs, ne comprennent pas les besoins des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Ça leur fait peur. Je ne sais pas trop pourquoi, mais ça leur fait peur. Et pourtant, celui qui a des problèmes cardiaques ou qui est diabétique, s'il doit prendre congé pour se rétablir, il peut alors réintégrer son emploi. Mais pour ceux qui doivent prendre des congés de maladie à cause d'un problème de santé mentale, il n'y a plus d'espoir. Il n'y a plus d'avenir, et ça c'est inquiétant. C'est inquiétant parce que ces personnes pourraient recommencer à travailler, elles en sont capables. Elles ont les compétences nécessaires, et même si elles ont des besoins particuliers, elles jouent un rôle important dans notre société.

On oublie souvent que le principal obstacle au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux est la pauvreté. Parce qu'elles sont forcées de vivre dans la pauvreté, comme on l'a indiqué plus tôt, elles ne peuvent se payer des vêtements, elles ne peuvent se nourrir ou se loger convenablement. Parfois, elles souffrent d'insomnie. Posez-vous la question : Si vous n'avez pas dormi de la nuit, pouvez-vous aller travailler le lendemain? Si vous allez travailler après une mauvaise nuit de sommeil, vous le faites sans être dans la meilleure des formes. L'incidence est deux fois plus grande pour les personnes ayant une maladie mentale car elles ont absolument besoin de bien dormir. Comme tous, elles doivent rester en bonne santé. Nous devons donc nous pencher sur cette situation et aider ces personnes, les aider à retrouver leur amour propre. Il est si important pour elles de pouvoir dire qu'elles ont un travail. Elles peuvent travailler et elles le font.

Je peux vous dire que c'est quand je suis à Simply Good que je m'amuse le plus dans l'exercice de mes fonctions, car j'y travaille avec des gens très intéressants et très reconnaissants. Il nous arrive parfois de tenir ce que nous avons pour acquis. Or, ces personnes apprécient tout ce qu'elles ont, et c'est très agréable à voir. Mais, comme toute autre entreprise, nous devons survivre. Nous avons un loyer et des factures de téléphone à payer et nous devons

a manager to supervise the area. Because of my job, I cannot do both. I cannot be in both places at once so I am not able to do both.

Certainly they can do it themselves but, like anybody else, they need to be paid. One thing that we do offer at Simply Good is that we pay minimum wage. We do not pay a token wage like some workshops do. We are not a sheltered workshop. They do real work for real pay, and this is one of the reasons why they truly appreciate what they are doing because they can say that they are employed, and that is of such great value to them. It is a wonderful experience working with them. I have learned so much. I hope that you can offer us some help.

Mr. Eugène LeBlanc, Publisher and Editor, *Our Voice/Notre Voix*: Thank you for inviting me. My name is Eugène LeBlanc, and I am from the Moncton area. I am the publisher and editor of the magazine *Our Voice/Notre Voix*, a publication which promotes the viewpoints of those living with a mental illness. This journal currently has a circulation of 600 copies and is distributed province-wide in New Brunswick, across Canada and in other countries.

I have also been the director of a self-help centre for the last 18 years. When I was first asked to participate at this gathering today, my first gut reaction was, How will this trickle down to people at ground level? How will it impact the lives of Bernard, Dale or Monique who come to our centre? How will it affect my centre's operational budget, which remains at a shameful \$35,000 after 18 years? Will this be responsive to the real bread-and-butter needs of those having important mental health challenges? With all due respect, I am afraid to answer my own questions and say, "No, it will not," that this exercise is merely a make-work project for the political class and an attempt to embellish the macro-management of mental health services and produce a lot of printed paper.

Please note, however, that I want to be proven wrong, very wrong. I want to be able to see that whatever comes out of this will have an impact on the lives of people on the street. Therefore the burden is on you to remedy the views of skeptics like myself.

I did take the time to read the third report and some other background information, and I know that, due to time constraints, it is not possible to address all that it contains. I will respect the time allocated and limit my comments to about 10 minutes. I find, however, that the question on page eight of the third report where it asks, "What, then, is necessary to make the mental health/addiction system more patient/client oriented?" is one of the most important questions that could be asked because its response will chart the rest of whatever recommendations are put forward.

My answer to this question would be that the mental health culture is slanted towards psychiatric biology, and governments are very willing to pay to treat us in a state of illness, but will

engager un gestionnaire qui assure la supervision. En raison de mon emploi, je ne peux faire tout cela. Je ne peux être aux deux endroits à la fois.

Les employés de Simply Good peuvent très bien faire le travail mais, comme tout le monde, ils ont besoin de salaires. À Simply Good, nous leur offrons le salaire minimum. Nous ne nous contentons pas de leur verser un salaire symbolique comme le font bien des ateliers. Ce n'est pas un atelier protégé. Les personnes que nous employons font du vrai travail et reçoivent un vrai salaire et voilà notamment pourquoi elles apprécient tant leur travail, elles sont si heureuses de pouvoir dire qu'elles ont un emploi auquel elles accordent beaucoup d'importance. C'est une expérience merveilleuse que de travailler avec ces gens. C'est une expérience qui m'a beaucoup appris. J'espère que vous pourrez nous offrir un coup de main.

M. Eugène LeBlanc, éditeur et rédacteur en chef *Our Voice/Notre Voix* : Merci de m'avoir invité. Je m'appelle Eugène LeBlanc et je suis de la région de Moncton. Je suis l'éditeur et rédacteur en chef du magazine *Our Voice/Notre Voix*, une publication qui fait la promotion du point de vue des personnes aux prises avec une maladie mentale. Notre tirage est actuellement de 600 exemplaires qui sont distribués dans tout le Nouveau-Brunswick, au Canada et à l'étranger.

J'ai aussi dirigé un centre d'entraide pendant 18 ans. Quand on m'a demandé de participer à cette réunion-ci, je me suis tout de suite demandé en quoi cela aiderait les gens à la base. Je me suis demandé quelle incidence cela aurait sur la vie de Bernard, de Dale ou de Monique qui viennent à notre centre. Je me suis aussi demandé en quoi cela toucherait le budget de fonctionnement du centre, qui est encore de 35 000 \$ par année après 18 ans. Je me suis demandé si cela contribuait à régler les problèmes très pratiques de ceux qui doivent relever d'importants défis liés à la santé mentale. Sauf le respect que je vous dois, je crains de devoir vous dire que je me suis ensuite dit que mon témoignage n'aurait aucune incidence, que cette étude n'était qu'une autre façon d'occuper la classe politique et une tentative d'embellir la macrogestion des services de santé mentale qui ne produira qu'un rapport de plus.

Je vous prie de croire, toutefois, que j'espère sincèrement avoir tort. Je veux croire que votre étude aura une incidence directe sur la vie des gens ordinaires. Il vous incombe maintenant de confondre les sceptiques dont je fais partie.

J'ai pris le temps de lire le troisième rapport et d'autres documents d'information et je sais que, parce que nous disposons de peu de temps, je ne pourrai traiter de tout le contenu du rapport. Je m'en tiendrai aux dix minutes qui m'ont été accordées. Toutefois, j'estime que la question suivante, qui figure à la page 8 du troisième rapport, à savoir : « Alors, comment faut-il procéder pour recentrer le système des services en santé mentale et en toxicomanie sur le patient/client? », est l'une des plus importantes que vous puissiez soulever car y répondre permettra d'orienter les recommandations qui seront formulées.

À cette question, je répondrai que la culture de la santé mentale est surtout axée sur les biologies psychiatriques. Les gouvernements sont tout à fait disposés à payer pour les soins

think twice and more to spend or to compensate us in a state of wellness. We all know that prevention is much cheaper to treat than illness, but the mindset of the culture and the influence that medical bodies and labour leaders have with governments are enormous, all of this too often at the expense of people I work with on a daily basis.

I wish to put forward my own options for you to consider, but before doing so I would like to make a brief detour and bring to your attention comments at the bottom of page 10 where it is mentioned that mental health screening for all high school-aged children should be considered. That personally worries me, for all of us living are subject to a mental health label, and we all know that the business of labelling and treating labels is bankrupting mental health budgets.

I would like to share with you at this point the following quote from the director of the World Health Organization who officially declared a global emergency in human rights and mental health, including this very revealing statement:

A human rights violation is not just a matter of denied access to treatment but also and often consists in treatment itself...

This is something for you to reflect upon. My point in all of this is that we are too prone, we are too much in a rush with the most expensive solutions instead of listening to what people really need. It should not be rocket science, but we make it that, for some reason.

A major weakness in your documents is the complete lack of credit and acknowledgement that client-run mental health programs have provided to the mental health system in Canada. Nowhere do I see this mentioned in your report. Governments at various levels across the country, and even elsewhere in the world, have policies to support clients of psychiatry into developing their own brand of grassroots mental health programs. As far as I know, in no other specialty in medicine except psychiatry do we see the patients create state-funded complementary or alternative practices and programs. Have you ever asked yourself why? Canada is no exception to the rule. New Brunswick, for example, currently supports over 20 self-help centres called activity centres, a provincial consumer network, and the *Our Voice/Notre Voix* magazine. Most provinces fund similar initiatives, and at the national level we have the National Network for Mental Health. All of those initiatives have one thing in common: They are undervalued, underfunded and, because they do not fall within the prevailing cultural framework of clinical and unionized services, they are not a priority for governments and are often seen as an afterthought. In many instances, tokenism is very much enshrined in the mental health system.

dont nous avons besoin quand nous sommes malades, mais refusent de nous offrir de l'argent quand nous ne sommes plus malades. Or, nous savons tous qu'il est beaucoup moins coûteux de prévenir que de traiter une maladie, mais l'attitude qui prévaut et l'influence qu'exercent les autorités médicales et dirigeants syndicaux sur les gouvernements font que ce sont ceux avec qui je travaille quotidiennement qui en souffrent.

J'ai des suggestions à vous faire, mais auparavant, j'aimerais ouvrir une parenthèse et attirer votre attention sur les remarques qui figurent au bas de la page 10 selon lesquelles on devrait envisager un dépistage systématique des troubles mentaux chez les élèves du secondaire. Pour ma part, cela m'inquiète, car nous risquerions tous d'être étiquetés malades mentaux et nous savons pertinemment que ce sont toutes les sommes consacrées à l'étiquetage et au traitement qui épuisent les budgets consacrés à la santé mentale.

J'aimerais maintenant citer le directeur de l'Organisation mondiale de la santé qui a officiellement déclaré que le monde est au bord d'une crise en matière de droits de la personne et de santé mentale; il a notamment fait l'observation suivante, qui est très révélatrice :

Il y a violation des droits de la personne non seulement quand on refuse l'accès au traitement; de plus, et souvent, le traitement en soi constitue une violation des droits de la personne...

J'aimerais que vous y réfléchissiez. Tout cela pour dire que nous avons tendance à nous précipiter vers les solutions les plus coûteuses plutôt que d'écouter les intéressés nous dire ce dont ils ont besoin. Cela ne devrait pas être compliqué, mais, pour une raison quelconque, nous compliquons les choses.

Vos documents comportent une grave lacune : ils ne reconnaissent nullement les bienfaits pour le système de santé mentale au Canada des programmes de santé mentale dirigés par les clients. Ce n'est nullement mentionné dans votre rapport. Les divers paliers de gouvernement du pays, ainsi que des gouvernements étrangers, ont adopté des politiques de soutien aux patients souffrant de troubles psychiatriques qui souhaitent mettre sur pied leurs propres programmes de santé mentale. Pour autant que je sache, ce n'est que dans le domaine médical de la psychiatrie que les patients peuvent créer des pratiques et des programmes complémentaires et parallèles financés par l'État. Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi? Le Canada ne fait pas exception à la règle. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, appuie actuellement plus de 20 centres d'entraide, appelés des centres d'activités, un réseau provincial pour les clients et notre magazine *Our Voice/Notre Voix*. La plupart des provinces financent des initiatives semblables et, au niveau national, il y a le Réseau national pour la santé mentale. Toutes ces initiatives ont une chose en commun : elles sont sous-estimées, mal financées et, parce qu'elles ne s'inscrivent pas dans le cadre culturel prévalant des services cliniques et syndiqués, elles ne sont pas prioritaires pour les gouvernements qui les considèrent souvent comme un rajout de dernière minute. À bien des égards, le système de santé mentale est constitué de mesures purement symboliques.

For your consideration, I would like to suggest the following which falls into line and aims towards more of a wellness direction than a treatment strategy. The first thing required is clear-cut national ministerial leadership on mental health, which should be a non-negotiable issue: A leadership that is daring, innovative and which is attached to a budget, and not mere words; a leadership that would inspire provinces to jump on board; a leadership that would instill a home care program and a first point of entry into the system at the low-end cost rather than the upside-down way it is now; a leadership that would help foster the growth of client-run programs; a leadership that acknowledges that the best way to fight stigma and discrimination is through first person accounts of recovery rather than third party interpretation. Once those trends of recovery have been identified, investments are put into it so that the outcome can be maintained. We need a leadership that would create the "Canadian Mental Health Client Best Practice Fund" where grassroots groups could pool from this fund and demonstrate more cost-effective community alternatives. We need a leadership that would mandate inter-professional collaboration.

Clients of mental health services are also concerned about the true side effects of ECT and over-medication by psychiatrists. I have people in their twenties taking over 15 pills per day. I am aware that you have studied the New Zealand system, and you might want to confirm this with them, but I believe that the government over there has banned ECT and studied quite exhaustively the side effects of the over-prescription of neuroleptics. Interestingly, this was brought about through the lobbying of client groups over there. Those are two areas that require attention.

We also need leadership to redefine the caring for the elderly with dementia issues. Why would government pay for care in an institution rather than compensate at a lower rate for care in the home when family circumstances would allow it?

What is very important, and always forgotten, is that we need leadership to acknowledge and rectify that an income problem is a mental health problem; a lack of decent affordable housing is a mental health problem; a lack of meaningful vocational opportunities to ease the idleness is a mental health problem; a diet and fitness dysfunction is a mental health problem as well. Components of those four items need to fall under mental health management, otherwise you have an incoherent, disconnected, fragmented system for those who have long-term mental illnesses.

Je vous demanderais donc d'examiner les suggestions suivantes qui sont axées davantage sur le mieux-être que sur le traitement. Je propose d'abord un plan d'action ministériel national en matière de santé mentale, un plan d'action bien clair qui ne serait pas négociable; un plan d'action audacieux et novateur qui s'accompagnerait d'un budget, pas de simples paroles en l'air; un plan d'action qui inspirerait les provinces à emboîter le pas; un plan d'action qui prévoirait la création d'un programme de soins à domicile comme point d'entrée peu coûteux dans le système plutôt que l'inverse, qui prévaut actuellement; un plan d'action qui favoriserait la croissance des programmes dirigés par les clients; un plan d'action qui reconnaîtrait que la meilleure façon de combattre la stigmatisation et la discrimination est de permettre aux intéressés de décrire leur situation plutôt que de s'en remettre à l'interprétation d'une tierce partie. Une fois que les pistes de guérison auront été recensées, des investissements pourront être faits pour que les résultats puissent être maintenus. Il nous faut un plan d'action qui prévoirait la création d'un « Fonds des pratiques exemplaires des utilisateurs de services de santé mentale du Canada », grâce auquel les groupes de la base pourraient mettre leurs ressources en commun et lancer des initiatives communautaires rentables. Il nous faut un plan d'action qui imposerait la collaboration entre les professions.

Les clients des services de santé mentale s'inquiètent ici des véritables effets secondaires de la TEC et de la surconsommation de médicaments prescrits par les psychiatres. Je connais des gens dans la vingtaine qui prennent plus de 15 pilules par jour. Je sais que vous avez étudié le système néo-zélandais, et vous voudrez peut-être confirmer mon affirmation, mais je crois savoir que le gouvernement de ce pays a interdit les électrochocs et étudie en profondeur les effets secondaires de la prescription excessive de médicaments neuroleptiques. Il est d'ailleurs intéressant de noter que c'est grâce aux pressions exercées par les groupes de clients qu'on a commencé à s'intéresser à cette question. Ces deux problèmes méritent notre attention.

Il nous faut aussi un plan d'action visant à redéfinir les soins accordés aux personnes âgées souffrant de démence. Pourquoi le gouvernement privilégie-t-il le placement en institution, qui est coûteux, plutôt que l'indemnisation, à moindres coûts, des familles qui acceptent de prendre soin de ces personnes âgées chez elles?

Ce qui est très important, et qu'on oublie souvent, c'est qu'il nous faut un plan d'action qui reconnaisse et rectifie le problème de revenu, qui est un problème de santé mentale, le problème du logement abordable et convenable, qui est un problème de santé mentale, le problème des perspectives d'emploi pour réduire l'oisiveté, qui est un problème de santé mentale, le problème du régime alimentaire et de la bonne forme physique, qui est aussi un problème de santé mentale. Ces quatre questions doivent relever de la gestion de la santé mentale; sinon, le système restera incohérent, fragmenté et morcelé pour ceux qui souffrent d'une maladie mentale chronique.

We also need leadership who will dare to provide tax credits to those who want to better their emotional health and well-being through various seminars and workshops, and tax credits for those who want to join a nutrition or fitness program.

To summarize, a client-oriented system of care is more than just self-directed care within the parameters of clinical services. True client-oriented care creates a climate where users of mental health services are given the opportunity to create and define their world view of recovery. Some would argue that this is giving a free ride to those in need, but the cost of preventing illness and maintaining mental health far outweighs the cost of clinical services and psychiatric hospitalization.

The Chairman: I want to thank you all for your comments. We share your concern that there is always a risk that something will not happen as a result of our work. I think it is fair to say we are pretty determined that that will not happen. One of the reasons for that is that a majority of us on the committee, myself included, have a member of our family who is a significantly ill mental patient. Thus we have had a lot of firsthand experience as family members with the system, and we have an emotional understanding — emotional commitment, if you want — to try to make it work. To that extent, in the end we may be a very difficult force for governments to say no to. At least we hope that that is the case.

I want to ask, you used different terms, and I want to see if I am understanding the same thing. Eugène just commented on a client-run program. Monette in her comments used the words “peer support” or “consumer support” group. Do all those terms mean the same thing? I think someone in Nova Scotia yesterday used the words “self-help group.” Do all those terms mean essentially the same thing, which is people who have had a mental illness either helping somebody else with the same illness or being employed, as they are in Karen’s case, in a business? Are all those terms the same? In other words, are they interchangeable? Or, on the other hand, when we are writing our report, must we be careful that “peer support” means one thing precisely and “client-run” means another, and “self-help” means something else? Can you help me to understand whether they are all the same thing? I will ask you first, Eugène, and then we will just go across the board.

Mr. LeBlanc: I would say that it means pretty much the same thing. It is programs or services provided by those who have mental illnesses or who have experienced the system, and they provide programs and services to their own different jurisdictions across the country.

The Chairman: Then they are essentially the same thing. I see Karen is nodding “Yes.” Then, Monette, let me ask you a question, because you said that you had help from a brother who is a psychologist. You have been in institutions. You talked about

Il nous faut aussi un plan d’action qui osera offrir des crédits d’impôt à tous ceux qui veulent améliorer leur bien-être et leur santé émotionnelle en participant à des séminaires et des ateliers, et des crédits d’impôt à ceux qui s’inscrivent à un programme de nutrition ou de conditionnement physique.

En résumé, un système de soins axé sur les clients est bien davantage qu’un régime de soins autogéré conforme aux paramètres des services cliniques. Un véritable régime axé sur les clients crée un climat dans le cadre duquel les utilisateurs de services de santé mentale peuvent créer et définir la voie de la guérison. Certains prétendront que c’est donner carte blanche à ceux qui sont dans le besoin, mais le coût de la prévention de la maladie et du maintien de la santé mentale est de beaucoup inférieur au coût des services cliniques et de l’hospitalisation en établissement psychiatrique.

Le président : Je vous remercie tous de vos remarques. Nous sommes comme vous préoccupés par le fait que notre travail risque de ne mener à rien. Je crois pouvoir dire toutefois que nous sommes déterminés à faire en sorte que cela ne se produise pas, ne serait-ce que parce que la majorité des membres du comité, y compris moi-même, comptons dans notre famille une personne souffrant d’une maladie mentale. Nous avons beaucoup d’expérience comme membre d’une famille faisant affaire avec le système et nous comprenons instinctivement — nous avons pris un engagement émotif, en quelque sorte — qu’il faut que ça change. Il se pourrait donc qu’en dernière analyse, les gouvernements aient beaucoup de mal à nous dire non. Du moins, c’est ce que nous espérons.

Vous avez employé des termes différents et je veux m’assurer de bien comprendre leur signification. Eugène a parlé d’un programme dirigé par les clients. Monette, elle, a parlé de groupe de soutien des consommateurs et de groupes de soutien par les pairs. S’agit-il de la même chose? Hier, en Nouvelle-Écosse, je crois que quelqu’un a parlé de groupe d’entraide. Tous ces termes désignent-ils essentiellement la même chose, à savoir des personnes souffrant de troubles mentaux qui en aident d’autres souffrant de la même maladie ou qui travaillent dans une entreprise, comme dans le cas de Karen? Ces termes désignent-ils tous la même chose? Autrement dit, sont-ils interchangeables? Peut-être qu’au contraire, dans notre rapport, devons-nous prendre garde et donner un sens bien précis à soutien par les pairs, un autre à programme dirigé par les clients et un autre encore à groupe d’entraide? Pourriez-vous m’aider à bien comprendre ce que sont tous ces concepts? Je vous demanderais de commencer, Eugène, puis les autres témoins pourront répondre.

M. LeBlanc : Je dirais que cela signifie à peu près la même chose. Il s’agit de programmes ou services offerts par ceux qui souffrent de maladies mentales ou connaissent le système mais qui sont offerts dans tout le pays.

Le président : Donc c’est essentiellement la même chose. Je vois que Karen confirme. Alors, Monette, je vais vous poser une question parce que vous avez dit que vous aviez reçu de l’aide d’un frère qui est psychologue. Vous avez été hospitalisée. Vous

peer support groups. You have, obviously, had help from a lot of different areas, and ways of providing help. Looking back on it, which of those are the most effective? Do you have any sense as to whether one works generally better than the others?

One of the reasons I ask the question is that, as Eugène and Karen pointed out, self-help groups, peer support groups, get virtually no support, whereas lots of other forms of assistance do get support. We put a questionnaire on our website last November when we put out the papers, and we were absolutely amazed at the number of answers we received, and how candid people were in giving us their answers, which was terrific. However, the vast majority of consumers really stressed the importance of self-help, peer support kind of approaches. I am curious to hear your point of view because you have covered the range. What worked best and what worked least best?

[Translation]

Ms. Monette Boudreau: In my view, all of these groups are important. They are resources. I have worked on myself and had help from my parents and siblings. Thanks to them, I have a lot of help, and I have been able, let's say, to educate myself. I have taken courses, I have been able to be a part of society, I have managed to join the workforce and all of these programs and groups. I like participating in them because they are places where you can talk about your illness and be understood.

Senator Pépin: You have not been alone? You have always had someone around you?

Ms. Monette Boudreau: Yes, it takes courage, perseverance and determination. It is not the same for everyone who has a mental illness. Some need to be picked up at home and brought places. I have a little cousin who has the same illness as mine, but he was kept at home, he was not allowed to socialize with others, and you know, we do not all have the same quality of life. I was lucky to have been able to succeed with the illness I had.

[English]

The Chairman: Exactly.

Senator Cochrane: I want to ask Karen about her business. What age groups do you work with, among those 10 to 30 people? Are they youths? Are they middle-aged? Are they seniors? Is there a special age group?

Ms. MacFarlane: No. All of our clients are 18 years old and over. Most of our clients at Simply Good are in their mid-thirties or forties: People who have been in the system for a long period of time and have not been able to work at a regular job, or who have failed at regular jobs because of their illness, but still want and need to work. We do have one person in their 20s right now, but the rest are all in their 30s or 40s.

Senator Cochrane: You have no seniors?

avez parlé des groupes de soutien. Vous avez, de toute évidence, reçu de l'aide de beaucoup de secteurs différents et de différentes formes. Quels seraient à votre avis les services les plus efficaces? Savez-vous s'il y en a qui fonctionnent mieux que d'autres?

Une des raisons pour lesquelles je pose cette question, c'est que comme l'ont signalé Eugène et Karen, les groupes d'entraide, les groupes de soutien, ne reçoivent pratiquement pas de financement, contrairement aux autres formes d'assistance. Nous avons affiché un questionnaire à notre site Internet en novembre dernier et nous avons été absolument ahuris par le nombre de réponses que nous avons reçues et par la franchise extraordinaire avec laquelle on nous répondait. Toutefois, la grande majorité des consommateurs ont réellement insisté sur l'importance de l'entraide, de ce genre de système de soutien. J'aimerais avoir votre point de vue parce que vous avez couvert tout un éventail de systèmes. Quels sont ceux qui ont marché ou n'ont pas marché pour vous?

[Français]

Mme Monette Boudreau : Pour moi, ces groupes sont tous importants. Ce sont des ressources. J'ai fait du travail sur moi-même et j'ai eu de l'aide de mes parents et de mes frères et soeurs. Grâce à eux, j'ai beaucoup d'aide, et puis j'ai pu, disons, m'éduquer. J'ai pris des cours, j'ai pu aller dans la société, j'ai pu m'intégrer dans le milieu du travail et dans tous ces programmes et groupes. J'aime y assister parce que ce sont des endroits où l'on peut parler de notre maladie et se faire comprendre.

Le sénateur Pépin : Vous n'êtes pas restée seule? Vous avez toujours été entouré de quelqu'un?

Mme Monette Boudreau : Oui, il faut avoir le courage, la persévérance et la détermination. Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de maladie mentale. Il y en a qu'il faut aller chercher chez elles pour les emmener. Moi, j'ai un petit cousin qui a la même maladie que moi, mais il a été enfermé dans la maison, il n'a pas pu socialiser avec les autres, puis tu sais, on n'a pas tous les mêmes qualités de vie. J'ai été chanceuse d'avoir pu réussir avec la maladie que j'avais.

[Traduction]

Le président : Tout à fait.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais interroger Karen sur son entreprise. Avec quel groupe d'âge travaillez-vous, qui sont ces 10 à 30 personnes? S'agit-il de jeunes? S'agit-il de gens d'âge moyen? De personnes âgées? Y a-t-il un groupe d'âge spécial?

Mme MacFarlane : Non. Tous nos clients ont 18 ans et plus. La plupart à Simply Good sont dans la trentaine ou la quarantaine : des gens qui sont dans le système depuis longtemps et qui n'ont pas pu travailler de façon régulière ou qui n'ont pas réussi à garder un emploi normal du fait de leur maladie mais qui veulent et ont besoin de travailler. Nous avons une personne dans la vingtaine à l'heure actuelle mais le reste sont tous dans la trentaine ou la quarantaine.

Le sénateur Cochrane : Vous n'avez pas de personnes âgées?

Ms. MacFarlane: We have no seniors at this point, although at one point we had one or two, yes.

Senator Cochrane: Do you receive funding from the provincial government?

Ms. MacFarlane: Two years ago, we received \$20,000 from Ken Ross, the Assistant Deputy Minister of Health and Wellness, and that was to do us for two years, so that was \$10,000 a year. We get \$5,000 a year for community mental health services, which is through Atlantic Health Sciences, and we get monies every year from the MindCare Foundation. Those are varying amounts every year, depending on what kind of equipment we need for that year. As I said earlier, they supplied us with our fridges, our stoves, our plates and that type of stuff. That is all the funding that we receive. Everything else we receive from the actual catering that we do. That pays the wages for the people who work and, of course, for the purchase of the food. However, it does not leave us any money for our rent, our lights, to run our e-mail, that type of thing which, of course, are all essential elements for employment, for a catering service. That is the point at which we are stuck right now. We need money again. That first \$20,000 did us for the two years, so we know how to stretch a dollar.

Senator Cochrane: That is what it is all about, right?

Ms. MacFarlane: Yes, exactly.

Senator Cochrane: Eugène, I am so glad you are a publisher. If I may ask you, this problem that we have in mental health, how can we put this on the top burner and give it this positive context that it so desperately needs? As you know, we have done a lot for handicapped people. Businesses now will not put up a building unless they have handicapped access, and so on. Things such as that. How could we put this issue of mental health on the top burner? Do you have some suggestions?

Mr. LeBlanc: One of the things that differentiates mental health from other sources of disabilities is that it is invisible in the visual sense. There are no broken arms; there are no wheelchairs. That is one thing that sets it apart. The other thing I think I addressed in my presentation, is that we need national ministerial leadership. We need a minister of state, a Secretary of State for Mental Health, if you will, because everybody is subject to mental health challenges, but not everybody is subject to being confined to a wheelchair.

Senator Cordy: Thank you very much to each of you for coming to talk to us this morning. I tell everybody who listens that if they could hear the stories that we have heard from consumers in the mental health care system, the stigma and discrimination would be reduced substantially because everybody has to realize that consumers of mental health services are mothers and fathers, sisters and brothers, and sons and daughters. As Senator Kirby said earlier, most of us sitting here around the table have a relative who is a consumer of the mental health care

Mme MacFarlane : Non, pas pour le moment, mais nous en avons eu une ou deux.

Le sénateur Cochrane : Recevez-vous des subventions du gouvernement provincial?

Mme MacFarlane : Il y a deux ans, nous avons reçu 20 000 \$ de Ken Ross, le sous-ministre adjoint de Santé et Mieux-être, et cela devait nous suffire pour deux ans, ce qui fait 10 000 \$ par an. Nous recevons 5 000 \$ par an pour les services de santé mentale communautaires de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique et nous recevons chaque année de l'argent de la Fondation MindCare. Les montants varient chaque année, selon le genre d'équipement dont nous avons besoin l'année en question. Comme je l'ai déjà dit, on nous a fourni nos réfrigérateurs, nos cuisinières, notre vaisselle et ce genre de choses. C'est tout ce que nous recevons. Tout le reste nous vient des services de traiteur que nous offrons. Cela paie les salaires et évidemment les achats d'aliments que nous faisons. Toutefois, cela ne nous laisse rien pour notre loyer, notre électricité, l'Internet, ce genre de choses qui, évidemment, sont tous des éléments essentiels pour l'emploi et un service de traiteur. C'est là que nous en sommes actuellement. Il nous faut à nouveau de l'argent. Ces 20 000 \$ que nous avons reçus au début nous ont permis de subsister pendant deux ans, si bien que nous savons être économes.

Le sénateur Cochrane : C'est tout, n'est-ce pas?

Mme MacFarlane : Oui, exactement.

Le sénateur Cochrane : Eugène, je suis tellement content que vous soyez éditeur. Si vous permettez que je vous pose une question, comment pourrait-on mettre ce problème de la santé mentale à la une de l'actualité pour présenter cela dans le contexte positif qui est tellement nécessaire? Comme vous le savez, nous avons beaucoup fait pour les personnes handicapées. Nos entreprises ne construisent plus sans prévoir un accès pour les handicapés, et cetera. C'est acquis. Comment pourrait-on faire la même chose pour la santé mentale? Avez-vous des suggestions?

M. LeBlanc : Une des choses qui différencie la santé mentale des autres formes d'handicaps est son caractère imperceptible. Il n'y a pas de bras cassé, pas de fauteuil roulant. C'est là une différence. L'autre chose, je crois en avoir parlé, c'est qu'il nous faut un leadership national de niveau ministériel. Il faut un ministre d'État, un secrétaire d'État à la santé mentale, si vous voulez, parce que tout le monde peut avoir des problèmes de santé mentale mais tout le monde n'est pas forcé de se retrouver en fauteuil roulant.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup à vous tous d'être venus ce matin. J'ai dit à tous ceux qui veulent bien nous entendre que s'ils entendaient les histoires que nous avons entendues des consommateurs du système de santé mentale, les stigmates et les discriminations seraient considérablement moindres parce que chacun doit comprendre que les consommateurs de ces services de santé mentale sont des mères et des pères, des frères et des sœurs, des fils et filles. Comme l'a dit tout à l'heure le sénateur Kirby, la majorité d'entre nous ici ont un parent qui recourt au système de

system, so many of the stories that we hear are similar to the experiences that we are going through.

One of the things that Eugène mentioned, that entering the system, the point of entry into the system, should be at the low level, the cost-effective level. I guess one of the things that concerns me is actually getting into the system. We had somebody from the federal government appearing before us with a document showing all the federal government agencies, provincial government agencies, municipal agencies and volunteer agencies that provide services to those who need help with mental health or mental illness. The difficulty for me, as a senator not suffering from a mental illness, was looking at that document and saying to myself, "I do not know where I would refer somebody if somebody came to me for help." My question is: How difficult is it for somebody to find out where to go? Where do they start?

Mr. LeBlanc: If you are in a community where there is a lot of co-operation — and that is one of the things that I suggested, that we need to mandate inter-professional and inter-agency co-operation within the communities so that people know what everybody else is doing, and so, consequently, the client or the customer or the patient would know where help is available.

Senator Cordy: Are family doctors aware of all the agencies and how they work?

Mr. LeBlanc: I am not inclined to say yes to that question.

Ms. MacFarlane: One of the problems with family doctors, at least in the Saint John area with which I am familiar, is that many people are on waiting lists for family doctors, and so there is nowhere to go. There is also a long waiting list to enter the community mental health services, the clinic, so to speak, in Saint John. Thus it is very difficult to access mental health services.

Senator Cordy: One of the things that you have all mentioned is that you cannot say, "Well, this is mental illness so it is the responsibility of the Department of Health." You all talked about housing and jobs, employment. You did not mention the judicial system, but certainly the justice system comes into play — unfortunately all too often — with people suffering from a mental illness. Are government departments working together to make things easier?

Ms. MacFarlane: In Saint John, we do have a mental health court, as it is called. It is run through a local psychiatrist, Dr. Josey, and Judge Breen, and it runs every Friday. People who are seen with mental health problems have access to that system, and it has worked very well. It does very well, and it prevents people who are just having a bad time at the moment from entering jails and that type of thing when they actually need mental health intervention of some sort. They do not necessarily need hospitalization, but if they go through the mental health court, one of the requirements is that they see their psychiatrist fairly frequently and go through a program. Sometimes they are sent to me, as an employment counsellor, to see if we can help them find

soins de santé mentale, si bien que beaucoup des histoires que nous entendons ressemblent aux expériences que nous avons nous-mêmes.

Eugène a mentionné une chose importante, à savoir que l'accès au système, le point d'accès au système devrait être au premier niveau, au niveau où c'est économique. Une des choses qui me préoccupent est l'accès même au système. Nous avons aussi quelqu'un du gouvernement fédéral qui nous a présenté un document indiquant tous les organismes fédéraux, les organismes provinciaux, les organismes municipaux et les organismes bénévoles qui offrent des services à ceux qui en ont besoin, qu'il s'agisse de santé mentale ou de maladie mentale. La difficulté pour moi, en tant que sénateur qui ne souffre pas d'une maladie mentale, devant un tel document, était que je n'avais aucune idée où je pourrais envoyer quelqu'un chercher de l'aide si l'on me demandait conseil. Ma question est donc la suivante : Est-il difficile de savoir où s'adresser? Où commence-t-on?

M. LeBlanc : Si vous êtes à un endroit où il y a beaucoup de coopération — et c'est une des choses que j'ai suggérées, que nous ayons une coopération obligatoire entre les professions et les organismes locaux afin que chacun sache ce que font les autres et qu'ainsi le client ou le patient sache où trouver de l'aide.

Le sénateur Cordy : Les médecins de famille sont-ils au courant de tous les organismes, de la façon dont ils fonctionnent?

M. LeBlanc : Je ne pense pas pouvoir répondre oui à cette question.

Mme MacFarlane : Un des problèmes que posent les médecins de famille, du moins dans la région de Saint John que je connais, est que beaucoup de gens sont sur leur liste d'attente et ne savent donc pas où s'adresser. Il y a également une longue liste d'attente pour accéder aux services de santé mentale locaux, à la clinique, si vous voulez, à Saint John. Il est donc très difficile d'accéder aux services de santé mentale.

Le sénateur Cordy : Une des choses que vous avez tous mentionnée est que l'on ne peut dire : « Il s'agit de santé mentale et cela relève de la responsabilité du ministère de la Santé. » Vous avez tous parlé de logement et d'emploi. Vous n'avez pas parlé du système judiciaire mais il est évident que le système judiciaire entre aussi en jeu, malheureusement trop souvent, pour les gens qui souffrent de maladie mentale. Les ministères collaborent-ils pour faciliter les choses?

Mme McFarlane : À Saint John, nous avons une cour de santé mentale, comme on l'appelle. C'est dirigé par un psychiatre local, le Dr Josey, et le juge Breen et c'est ouvert tous les vendredis. Les gens qui ont des problèmes de santé mentale ont accès à ce système et cela fonctionne très bien. Cela marche très bien et cela empêche des gens qui ont une mauvaise passe d'aller en prison, et cetera, alors qu'ils ont en fait besoin d'une intervention quelconque dirigée sur leur santé mentale. Ils n'ont pas forcément besoin d'être hospitalisés mais s'ils passent à la cour de santé mentale, une des conditions est qu'ils voient assez fréquemment leur psychiatre et suivent un programme. On me les envoie quelques fois, comme conseillère en matière d'emploi, pour

either some volunteer work or part-time jobs, something casual, something to get them out of whatever situation caused them to get into trouble in the first place.

Senator Cordy: Where do you get your funding, from which department, for the Simply Good Café, for the catering business?

Ms. MacFarlane: The catering business funding we get from Ken Ross through the Department of Health and Wellness. But Options, the company that I work for, is funded through Training and Employment Development New Brunswick, a provincial program.

Senator Cordy: Monette, you spoke about the need for families, not just the individual suffering from the mental illness, but for families to have counselling and to have help. Is that starting to happen in New Brunswick or is it happening already? I used to be a teacher, and I remember that when a child was in crisis the whole family indeed was in crisis and needed help, and often it was not available.

[Translation]

Ms. Monette Boudreau: I know that it is a family problem. When I found out I was schizophrenic, the family did not come together. My brother tried to help me, but I think that if the whole family had got together to discuss my case, perhaps it might have been better accepted, yes. It is also a challenge for my siblings.

Senator Pépin: Ms. Édouardine Boudreau, you say the provincial government does not give you the support you would like to have. How could the government help you better?

Ms. Édouardine Boudreau: We asked for help building low-income housing for these persons. It is always a battle. People receiving mental health care do not have the strength to defend themselves. They need a group of people to help them. Parents eventually get tired. I know a family that has other children, and their young one lives with them and they are now 60 or 65. The children are still living at home and they are ill, and if they were to live alone in an apartment with their income, they would not be able to manage.

Senator Pépin: One thing that we hear repeatedly is that people tell us "give us a place to live", be it an apartment or a house.

Ms. Édouardine Boudreau: Yes. I have people who get income from the Department of Revenue, commonly known as welfare, and if they want to do a little job to supplement their income, they get cut off. That does not help them to get out of the hole, so to speak, it does not help them at all. They are nervous, because they say to themselves that if they work more than a certain number of hours, welfare will cut them off.

Senator Pépin: They are caught between the two.

Ms. Édouardine Boudreau: They are caught in the middle.

Senator Pépin: We will have to find a solution.

voir si nous pouvons les aider à trouver du travail bénévole ou à temps partiel, quelque chose de temporaire, afin de leur permettre de sortir de la situation qui les a menés là où ils en sont.

Le sénateur Cordy : D'où vient votre financement, de quel ministère, pour le Café Simply Good, pour le service de traiteur?

Mme MacFarlane : Le financement nous vient de Ken Ross et du ministère de la Santé et du Mieux-être. Mais Options, l'entreprise où je travaille, est financée par Formation et développement de l'emploi Nouveau-Brunswick, qui est un programme provincial.

Le sénateur Cordy : Monette, vous avez parlé des besoins des familles et pas simplement de ceux qui souffrent de santé mentale, mais des familles qui ont besoin de conseils et d'aide. Est-ce que cela commence à être offert au Nouveau-Brunswick ou est-ce déjà devenu une réalité? J'ai été enseignante et je me souviens que lorsqu'un enfant était en crise, toute la famille était en crise et avait besoin d'aide, aide qui souvent n'existait pas.

[Français]

Mme Monette Boudreau : Je sais que c'est un problème de famille. Quand j'ai appris que j'étais schizophrène, la famille ne s'est pas réunie. Mon frère a essayé de m'aider, mais je pense que si toute la famille s'était rencontrée pour discuter de mon cas, peut-être que cela aurait été mieux accepté oui. C'est aussi un défi pour mes frères et mes sœurs.

Le sénateur Pépin : Madame Édouardine Boudreau, vous dites que vous n'êtes pas épaulés par le gouvernement provincial comme vous le souhaiteriez. De quelle façon le gouvernement pourrait mieux vous aider?

Mme Édouardine Boudreau : On a demandé de l'aide pour pouvoir installer des loyers à prix modique pour ces personnes. C'est toujours une bataille. Les personnes qui reçoivent des soins de santé mentale n'ont pas la force de se défendre eux-mêmes. Il leur faut un groupe de personnes pour les aider. Les parents, à un moment donné, deviennent fatigués. Je connais une famille qui a d'autres enfants, et leur jeune reste avec eux et ils sont rendus à 60 ans, 65 ans. Les jeunes sont encore à la maison et ils sont malades et si ces personnes allaient en appartement seules, avec les revenus qu'ils ont, ils ne pourraient pas arriver.

Le sénateur Pépin : Une des choses qu'on entend régulièrement, c'est que les gens nous disent « donnez-nous un endroit pour se loger » soit un appartement ou une maison?

Mme Édouardine Boudreau : Oui. J'ai des personnes qui reçoivent des revenus du ministère du Revenu, le bien-être social qu'on appelle couramment et s'ils veulent faire un petit travail pour arrondir leur revenu, elles sont coupées. Cela ne les aide pas à se sortir du trou, comme on dit, cela ne les aide pas du tout. Ils sont nerveux, parce qu'ils se disent que s'ils travaillent plus qu'un certain nombre heures le bien-être social les coupera.

Le sénateur Pépin : Ils sont pris entre les deux.

Mme Édouardine Boudreau : Ils sont pris entre deux feux.

Le sénateur Pépin : Il faudrait trouver une solution.

Ms. Édouardine Boudreau: We will have to find a solution, because these people want to work. Some want to work but cannot, but at least they try to return to the workforce part time. They should be encouraged.

Senator Pépin: Yes, Ms. MacFarlane told us it was important for them to have a job.

Ms. Édouardine Boudreau: Yes, it is very important for them, it makes them feel valued, and prevents them, most of the time, from falling back into another depression or aggravating their illness.

Senator Pépin: So housing remains one of the top priorities. We have heard that quite often.

Ms. Édouardine Boudreau: The Réseau de services péninsulaires started in the Acadian Peninsula four years ago. Since then, we have been asking for government help, but there are always problems, they have no money. It is always a problem. And that is why we do a radiothon.

Last year, we did one, so this will be our second radiothon. The Acadian Peninsula also has a problem because people only have seasonal work, and that does not help. No one is rolling in money.

Senator Pépin: Thank you very much, Ms. Monette Boudreau. Your presentation was very interesting. Another thing that people tell us, when they are talking about seeing their therapist, their psychiatrist or their psychologist, is that very often, they cannot afford to pay because the therapist is not covered by medicare. You ended one of your paragraphs by saying "of course, I see a psychologist and a psychiatrist regularly". Do you have private insurance that allows you to see them regularly or as often as you need, are you so fortunate?

Ms. Monette Boudreau: I was 19 when I first saw a psychiatrist. I am on disability benefits.

Senator Pépin: You are covered?

Ms. Monette Boudreau: I am covered, I have carte blanche.

Senator Pépin: So it is covered.

Ms. Monette Boudreau: Yes, I can get care.

Senator Pépin: Have you ever dealt with what is called a nurse practitioner? They are nurses who have further training and who very often — and they are being used increasingly — when there are not enough doctors, these nurses take care of the patients.

Ms. Monette Boudreau: You mean they do house calls?

Senator Pépin: Yes, you can consult them. Have you ever consulted one of those nurses?

Ms. Monette Boudreau: I have been to the outpatient centre in Moncton. I was seeing a social worker. It was associated with George Dumont. I ended up changing psychiatrists. I went to see

Mme Édouardine Boudreau : Il faudrait trouver une solution, car ces personnes veulent travailler. Il y en a qui veulent travailler mais qui ne peuvent pas, mais au moins elles essaient de retourner sur le marché du travail à temps partiel. Il faudrait les encourager.

Le sénateur Pépin : Oui, Mme MacFarlane nous a dit qu'il est important qu'ils aient un travail.

Mme Édouardine Boudreau : Oui, c'est très important pour eux, cela les valorise, et les empêche, la plupart du temps, de retomber dans une autre dépression ou d'aggraver leur maladie.

Le sénateur Pépin : Alors le logement reste une des priorités très importante. On a entendu cela passablement souvent.

Mme Édouardine Boudreau : Le Réseau de services péninsulaires a commencé dans la Péninsule acadienne, il y a quatre ans. Depuis ce temps on demande de l'aide du gouvernement, mais il y a toujours des bobos, ils n'ont pas d'argent. C'est toujours un problème. Et c'est pour cette raison qu'on fait un radiothon.

L'année passée, on en a fait un, donc ce sera notre deuxième radiothon. La Péninsule acadienne, a aussi un problème parce que les gens n'ont que du travail saisonnier, cela n'aide pas. Il n'y a personne qui roule sur l'or.

Le sénateur Pépin : Merci bien, madame Monette Boudreau. Votre présentation est très intéressante. Une des choses que les gens nous disent également, quand ils nous parlent de rencontrer leur thérapeute, leur psychiatre ou leur psychologue, c'est que bien souvent, ils n'ont pas les moyens de payer parce que ces thérapeutes ne sont pas payés par l'assurance-maladie. Vous terminez d'ailleurs un de vos paragraphes en disant « bien entendu, je vois régulièrement un psychologue et un psychiatre ». Est-ce que vous avez une assurance privée qui fait que vous êtes capable de le voir régulièrement ou aussi souvent que vous en avez besoin, avez-vous cette chance?

Mme Monette Boudreau : C'est à 19 ans que j'ai vu un psychiatre pour la première fois. Je suis sur la pension d'invalidité.

Le sénateur Pépin : Vous êtes couvert?

Mme Monette Boudreau : Je suis couvert, j'ai la carte blanche.

Le sénateur Pépin : À ce moment là, c'est couvert.

Mme Monette Boudreau : Oui, je peux avoir les soins.

Le sénateur Pépin : Avez-vous déjà fait affaire avec ce qu'on appelle une infirmière praticienne? Ce sont des infirmières qui ont étudié et qui bien souvent — et l'on en utilise de plus en plus — quand il n'y a pas suffisamment de médecins, ce sont des infirmières qui s'occupent des patients?

Mme Monette Boudreau : Ils viennent à domicile, tu veux dire?

Le sénateur Pépin : Oui, vous pouvez les consulter. Est-ce que vous avez déjà consulté une de ces infirmières?

Mme Monette Boudreau : J'ai été au centre de jour à Moncton. Je voyais une travailleuse sociale. C'était relié à George Dumont. J'ai changé de psychiatre à un moment donné. J'ai été en voir un

a francophone and then went back to an anglophone and I have stayed with the same one I had in the beginning, but I have never had anyone make a house call.

Senator Pépin: Mr. LeBlanc, on page 6 of your presentation, you say that you are going to ask for an explanation.

[English]

“A leadership that acknowledges that the best way to fight the stigma and discrimination is through first person accounts of recovery rather than third party interpretation.”

[Translation]

Could you elaborate a bit on that?

Mr. LeBlanc: Well, what I meant by that was that we can say what we have been through ourselves, say what has happened to us and why we are the way we are, or what happens when you are ill or whatever. We can let the agencies, the psychiatrist or others say why we are where we are. If you look at the tax situation in the mental health system, those who advocate for us have more money than we do. Those who explain why we are ill have more money than we do. Those who are ill and explain why they are ill always have less. It comes back to what I was saying earlier. If there is one recommendation that you should make in your report, it is to have a new political climate, a national ministerial leadership so that the imbalances can shift.

Senator Pépin: Thank you very much.

Senator Trenholme Counsell: We have here a representative of the northeast and of the southeast and even of the Saint John area. I would like to ask you whether, in general, the mental health situation has improved in 2005, as compared with the last 10 years?

Ms. Édouardine Boudreau: Ten years ago, I was not in the system. I was not working. I was in another system because I had a home for the elderly. There may have been some improvements, but not enough. It is not enough. The process is so slow that people have time to get discouraged.

I find that patients get far too much medication and not enough therapy. If a person gets sick and goes to see the doctor, the doctor sends that person to see a psychologist or a psychiatrist, but if there were more therapy at the beginning, then perhaps they would not wind up going to the psychiatrist. I am not saying that this would suit all cases, but there would be many who would not go all the way to a psychiatrist and they would take enough medicine.

I have someone who comes to the centre and who takes 29 different types of medication a day. Who can function with 29 drugs? I sure could not. It is ridiculous. I do believe that he is completely out of it. He takes one pill to forget, one pill to wake up, one pill to sleep. It is ridiculous. What is going to happen to

francophone et suis retourné voir un anglophone et je suis resté avec le même que j'avais au début, mais je n'ai jamais eu personne qui venait chez moi.

Le sénateur Pépin : Monsieur LeBlanc, à la page 6 de votre présentation, vous nous dites, « je vais lui demander qu'il me donne des explications ».

[Traduction]

« Un plan d'action qui reconnaîtrait que la meilleure façon de combattre la stigmatisation et la discrimination est de permettre aux intéressés de décrire leur situation plutôt que de s'en remettre à l'interprétation d'une tierce partie. »

[Français]

Est-ce que vous pouvez élaborer un petit peu?

M. LeBlanc : Bien, ce que je voulais dire par cela, c'est qu'on peut raconter notre vécu nous-même, dire ce qui nous est arrivé et pourquoi nous sommes ainsi, ou qu'est-ce qui arrive quand on est malade ou quoi que ce soit. On peut laisser les agences, le psychiatre ou autres dire pourquoi on est où l'on est. Si vous regardez la situation fiscale dans le système de santé mentale, ceux qui revendiquent pour nous ont plus de fonds que nous. Ceux qui expliquent pourquoi on est malade ont plus d'argent que nous. Ceux qui sont malades et qui expliquent pourquoi ils sont malades en ont toujours moins. Cela revient à ce que j'ai dit tantôt. S'il y a une recommandation que vous devriez faire dans votre rapport, c'est d'avoir un nouveau climat politique, un leadership national ministériel afin que ces déséquilibres puissent changer.

Le sénateur Pépin : Je vous remercie beaucoup.

Le sénateur Trenholme Counsell : Nous avons ici une représentante du nord-est et du sud-est et même de la région de Saint-Jean. J'aimerais vous demander si de manière générale la situation de la santé mentale s'est améliorée en 2005, et cela en comparaison avec les dix dernières années?

Mme Édouardine Boudreau : Il y a dix ans je n'étais pas dans le système. Je ne travaillais pas. J'étais dans un autre système parce que j'avais un foyer pour personnes âgées. Il y a peut-être eu des améliorations, mais ce n'est pas assez. Ce n'est pas suffisant. Le processus est tellement lent que les personnes ont le temps de se décourager.

Je constate que les patients ont beaucoup trop de médicaments pour la thérapie qu'ils ont. Disons qu'une personne tombe malade et va voir son médecin, le médecin l'envoie voir le psychologue ou le psychiatre, mais s'il y avait plus de thérapie en bas de l'échelle, peut-être qu'ils ne se rendraient pas au psychiatre. Je ne dis pas que cela conviendrait à tous les cas, mais il y en aurait beaucoup qui ne se rendraient pas jusqu'au psychiatre et ils seraient assez médicamentés.

J'ai une personne qui vient au centre et qui prend 29 médicaments par jour. Qui peut fonctionner avec 29 médicaments? Moi, je ne le pourrais pas. Ça n'a pas de sens. Je crois bien que cette personne est écartée. Elle prend une pilule pour oublier, une pilule pour se réveiller, une pilule pour

him? In addition to being mentally ill, his physical system takes a beating. That is what happens. It is ridiculous. I cannot talk about it at work, it makes my hair stand on end at times, but what can you do? It is completely ridiculous. And when those people are drugged like that, they cannot decide for themselves. I have always felt that it would take more therapy for them not to go all the way up to the top. When you get to the psychiatrist at the top, that person prescribes the drugs. I think something needs to be done so that it does not go that far.

Senator Trenholme Counsell: Madam, it is clear that with the most severe illnesses, it is absolutely necessary first to have the diagnosis, and then the medication, and then all of the other interventions, like help at home, in the community and at work. For example, a person suffering from schizophrenia absolutely must have medication. The most modern medication, but from time to time, there may be too many different drugs.

Ms. Édouardine Boudreau: Yes, but I am talking about actual cases, they do have to take medication, I agree with you, but 29 drugs? There is something wrong. I am not an expert in that field.

Senator Trenholme Counsell: Twenty-nine different drugs or 29 pills?

Ms. Édouardine Boudreau: He takes 29 a day. There must be some, I do not know, that he takes at different times. I did not ask him, but he just told me he took 29 pills a day.

Ms. Monette Boudreau: I would say the same thing. If someone starts being ill in adolescence, they go through psychotherapy. I am a firm believer in psychotherapy. A psychologist could talk to you and you could talk about your problems, what you have to improve, your self-esteem, all of your skills, and then, a psychiatrist would prescribe medication according to the degree of mental illness. If the person is schizophrenic, and is having severe hallucinations, then medication could control them. But once there is some improvement, the dose could be reduced. In my case, at 19, I went to emergency, and was given the new pills, they were Anafranil. It is an antipsychotic, and Stelazine. I used to take 11 to 12 a day. Now I am down to 4 a day. I take two or three antidepressants and one antipsychotic. That works well; I do not want to stop taking them. I have thought about it, but I do not want to, because it is like insulin. In my case, there is a chemical imbalance in the brain, so I need serotonin, I need antidepressants to feel well.

Senator Trenholme Counsell: But my question was: is it better in the province in 2005 than in previous years? Is it better for people with mental illnesses or not?

Ms. Monette Boudreau: Well, I have found a lot of resources. There are a lot of resources in the community. You just have to look in the phone book, or there are posters everywhere, and

s'endormir. Cela n'a pas de sens. Qu'est-ce qui arrivera à cette personne? En plus d'être malade mentalement, c'est son système physique qui pogne la claque. C'est ce qui arrive. Ça n'a pas de sens. Moi, je ne peux pas parler à mon travail, mais, les cheveux me viennent raides sur la tête des fois, mais qu'est-ce que vous voulez? Ça n'a pas de sens du tout. Et quand ces personnes sont médicamentées de la sorte, elles ne peuvent pas décider pour elles-mêmes. J'ai toujours pensé que ça prendrait plus de thérapie pour qu'elles ne montent pas jusqu'en haut. Quand c'est rendu au psychiatre, en haut, c'est lui qui donne les médicaments. Je pense qu'il faudrait s'arranger pour que ça ne monte pas.

Le sénateur Trenholme Counsell : Madame, c'est clair qu'avec les maladies les plus sévères, c'est absolument nécessaire d'avoir premièrement le diagnostic, et après les médicaments et après toutes les autres interventions, telles les aides à la maison, dans la communauté et au travail. Par exemple, une personne souffrant de schizophrénie, doit absolument avoir des médicaments. Les médicaments les plus modernes, mais de temps en temps, il y a peut-être trop de différents médicaments.

Mme Édouardine Boudreau : Oui, mais moi je parle de cas vécus, ils doivent prendre des médicaments, je suis d'accord avec vous, mais 29 médicaments? Il y a quelque chose qui ne marche pas. Je ne suis pas spécialiste dans ce domaine.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vingt-neuf différents médicaments ou 29 pilules?

Mme Édouardine Boudreau : Vingt-neuf qu'il prend dans la journée. Il doit en avoir, je ne sais pas, qu'il va prendre à différents temps. Je ne lui ai pas demandé, mais il m'a juste dit qu'il prenait 29 pilules par jour.

Mme Monette Boudreau : J'ai la même chose à dire. Si quelqu'un commence à l'adolescence, il passe par la psychothérapie. Je crois beaucoup dans la psychothérapie. Un psychologue qui pourrait te parler et avec qui tu parlerais de tes problèmes, de ce que tu as à améliorer, soit ton estime de soi, toutes tes capacités, ensuite, il y aurait un psychiatre qui donnerait des médicaments selon le degré de maladie mentale. Si la personne est schizophrène, qu'elle a des hallucinations sévères, bien, les médicaments pourraient les contrôler. Mais après un élan, il pourrait les diminuer éventuellement. Moi, dans mon cas, à 19 ans, quand j'ai été en urgence, il m'a donné les nouvelles pilules. C'était les Anafranil. C'est un anti-psychotique, et des stélasines. J'en prenais 11 à 12 par jour. Maintenant, j'ai diminué à quatre par jour. Je prends deux, trois anti-dépresseurs puis je prends un psychotique. C'est bien comme ça, je ne veux pas les arrêter. J'y ai déjà pensé, mais je ne veux pas, parce que c'est comme de l'insuline. Moi, c'est dans le cerveau, chimiquement il y a un déséquilibre, alors j'ai besoin de sératonine, j'ai besoin des anti-dépresseurs pour me sentir bien.

Le sénateur Trenholme Counsell : Mais madame, ma question était : est-ce que c'est mieux que dans la province en 2004 en comparaison avec les années passées? C'est mieux pour les personnes avec des maladies mentales ou non?

Mme Monette Boudreau : Bien moi, j'ai trouvé beaucoup de ressources. Il y a beaucoup de ressources dans la communauté. Tu as juste besoin de regarder dans le bottin, ou il y a des affiches

there are support groups. I go to Eugène regularly, and attend activities there, for example this evening, there is a project being given there. It is \$13 per visit. You see someone with a mental illness, like myself, for an hour, I can go and see someone else, and they give you \$13. You have to fill out a form, and they give you \$13 for the visit, which helps financially, and it is good. You meet people and you do things. It is good.

Senator Pépin: For both persons?

Ms. Monette Boudreau: Yes. Both persons.

Senator Pépin: And what about the other person?

Ms. Monette Boudreau: Yes.

Senator Pépin: This is beneficial, and it also benefits the person whom she visits. It is a good exchange of services between both.

Ms. Monette Boudreau: Yes. I think that this is especially meant for youth. Personally, I think that the transition period is the most difficult one for adolescents. More preventative measures should be taken, because this is the period in which schizophrenia or depression begins. Not necessarily depression, but especially schizophrenia, it attacks young adolescents and young adults.

I belong to the group *Retour aux Sources*, founded in Rimouski, in Quebec. Now it is called le *Village des Sources*, and they have five houses in Saint-Blandine, in Rimouski. The Frères Sacré-Coeur launched this program, they have camps for teaching self-esteem to youth 13 to 19 years old. Their camp is well structured. We have started such a camp here in Moncton and it is good for youth. They arrive on Friday evening and they go home on Sunday, they tell their story, and it is a structured camp. It is organized by Rimouski. I no longer participate in it because we also had to debate religion.

[English]

Senator Trenholme Counsell: Mrs. MacFarlane and Mr. LeBlanc, is the situation better in these great cities of Moncton and Saint John, or how do you see it? You are on the ground; you are seeing the people. Is it improving or is it relatively the same, or is the problem greater?

Ms. MacFarlane: I think the problem is greater in Saint John. I have been in the mental health system for about 20 years, and in the late 1980s there were a lot of very good services and improvements, and they were going along fairly well, and then came the dreaded 1990s with the word "cutback." We had to suffer through that, and a lot of services were cut. We see longer waiting lists. We do not see enough money coming to the services that need them.

For instance, a big thing that I see as a problem is that at one time the province would offer support services for people with disabilities, and we could get monies for people with mental health problems for tuition, for school. That has been cut out completely so that these people cannot keep up with the modern

partout, puis il y a des groupes de support. Je vais chez Eugène régulièrement, puis j'assiste à ses activités, par exemple ce soir, il y a un projet qu'il donne. C'est 13 \$ par visite. Tu vas voir pour une heure une personne qui a une maladie mentale, comme moi, je peux aller voir une autre personne, et il te donne 13 \$. Il faut que tu remplisses un formulaire, puis il te donne 13 \$ pour cette visite, ce qui aide financièrement, puis c'est bon. Tu rencontres des gens puis tu fais des choses. C'est bon.

Le sénateur Pépin : Pour les deux personnes?

Mme Monette Boudreau : Oui. Les deux personnes.

Le sénateur Pépin : Puis pour l'autre personne?

Mme Monette Boudreau : Oui.

Le sénateur Pépin : Cela lui fait du bien, mais à la personne qu'elle va voir aussi. C'est un échange de bons services entre les deux.

Mme Monette Boudreau : Oui. Je pense que c'est plutôt pour les jeunes. Moi, je pense que pour les adolescents, la transition c'est la période la plus difficile. Il devrait y avoir plus de prévention, parce que c'est dans cette période que commence la schizophrénie ou la dépression. Pas certainement la dépression, mais surtout pour la schizophrénie, c'est jeune adolescent, jeune adulte.

J'étais dans le groupe *Retour aux Sources*, qui a commencé à Rimouski, à Québec. C'est maintenant le *Village des Sources*, et ils ont cinq maisons à Saint-Blandine, à Rimouski. Les Frères Sacré-Coeur ont commencé ce programme, ils font des camps pour les jeunes de 13 à 19 ans sur l'estime de soi. Ils ont un camp assez structuré. On avait commencé ce camp ici à Moncton et c'est bon pour les jeunes. Ils arrivent le vendredi soir et ils s'en retournent le dimanche, ils font un témoignage, et le camp est structuré. C'est fait par Rimouski. Je n'y participe plus parce que nous autres, on avait la religion qu'il fallait qu'on débâte aussi.

[Traduction]

Le sénateur Trenholme Counsell : Madame MacFarlane et monsieur LeBlanc, la situation est-elle meilleure dans les grandes villes de Moncton et de Saint John ou ne le pensez-vous pas? Vous êtes sur le terrain; vous voyez les gens. Est-ce que cela s'améliore ou est-ce que ça n'a pas beaucoup changé ou encore empiré?

Mme MacFarlane : Je crois que le problème est plus important à Saint John. Je suis dans le secteur de la santé mentale depuis environ 20 ans et à la fin des années 80, il y avait des tas de bons services et d'améliorations et les choses se passaient assez bien, puis nous avons eu les terribles années 90 de « compressions ». Nous avons dû traverser cela et voir supprimer beaucoup de services. Les listes d'attente se sont rallongées. Les services nécessaires ne sont pas suffisamment financés.

Par exemple, un gros problème, à mon avis, est qu'autrefois la province offrait des services de soutien aux personnes handicapées et que nous pouvions obtenir de l'argent pour les gens qui avaient des problèmes de santé mentale afin qu'ils puissent suivre des cours, aller à l'école. Cela a été complètement éliminé si bien que

day technology now. The intervention needed for mental health is the tuition because, number one, they have exhausted a student loan because of past problems, or the fear of owing money makes them so ill that they cannot go into that avenue. That is a really big problem, but people in governments do not recognize this as a barrier to employment for the mental health consumer.

What I mean is, governments very readily pay money for interpretation services for the deaf or technology for the blind and that type of thing. That is not even questioned. However, when it comes to this particular intervention that is needed for mentally ill people, it is refused, even though that is the intervention that is crucially needed. These clients certainly deserve the chance to try again, even though they might have failed in the past. Many of them at the time were not on the proper medication, or not medicated at all because they had not been diagnosed at that point. Then when they have received services and created a balance in their lives so that they could go back to school or get on with their lives, they have no way of doing so. They are stuck in a revolving door, so to speak. They are in and out of the system instead of exiting the system.

I see this as a major problem with mental health right now, that we need to provide this intervention for people so that they can enjoy a better quality of life. They are still waiting, and as I said, many of the services that were once available just do not exist any more. At one point there was a great big forum on transportation, and transportation for the mentally ill was discussed in the City of Saint John and I am sure in most of New Brunswick because most of New Brunswick is rural. Transportation is a problem. You cannot walk from the west side to the east side of Saint John. You are talking 10 miles or more. It is too far to walk to work or to walk to an appointment or whatever. Yet it is still expensive for somebody on income assistance to access even the bus service. Thus, even though providing this sort of assistance was talked about, as I said, the cutbacks happened and nothing went forward with this scheme. Services that should be in place just are not.

The waiting list, of course, for the mental health clinic is far too long. I have a client right now who has been without services for five months, and he has lost his mother so he is needing extra service at this point in time. He has waited five months; he still does not have a worker, and he has been in the mental health system for 15 years. As I said, there is a lack of service there. That is what is happening in our area.

Mr. LeBlanc: I will answer your question in three parts. In 1987, when the concept came about in the province that we were to begin supporting mental health consumers or mental health clients in developing their own helping services and programs, there was a lot of opposition to that concept. Back home I can remember my own personal experience in wanting to start a self-help centre and, I should note, wanting to do it in French. There was a great deal of opposition to that because they said, "There will not be any professionals around. Can you really do

ces gens-là ne peuvent pas se tenir au niveau de la technologie moderne. Ce qui est nécessaire pour la santé mentale, ce sont les frais de scolarité car, premièrement, étant donné les problèmes qu'ils ont connus, ces gens-là ont épuisé les possibilités de prêts-étudiants ou parce que la crainte de devoir de l'argent les rend tellement malades qu'ils renoncent à suivre des études. C'est un très gros problème et il semble que l'administration ne reconnaisse pas que c'est là un obstacle à l'emploi des consommateurs de soins de santé mentale.

Il faut comprendre que les gouvernements sont bien prêts à payer des services d'interprétation pour les sourds ou la technologie nécessaire pour les aveugles, et cetera. C'est tout à fait acquis. Toutefois, lorsqu'il s'agit de cette intervention particulière qui est nécessaire pour les personnes atteintes de maladies mentales, on la refuse, même si c'est ce qui est crucial. Ces clients méritent certainement de pouvoir réessayer, même s'ils ont échoué par le passé. Nombre d'entre eux à l'époque ne prenaient pas les médicaments voulus ou ne prenaient pas de médicaments parce qu'ils n'avaient pas encore été diagnostiqués. Ensuite, après avoir obtenu certains services et être parvenus à un certain équilibre dans leur vie qui leur permettrait de reprendre des études ou une vie normale, ils n'ont pas les moyens de le faire. C'est pratiquement un cercle vicieux. Ils entrent et sortent du système plutôt que d'en sortir pour de bon.

Je sais que c'est un des gros problèmes de la santé mentale à l'heure actuelle, car nous n'offrons pas cette intervention qui permettrait aux intéressés de bénéficier d'une meilleure qualité de vie. Ils attendent toujours, et je le répète, beaucoup des services qui existaient autrefois n'existent plus. À un moment, il y a eu un grand forum sur les transports et l'on avait discuté du transport des malades mentaux dans la ville de Saint John et, certainement, pratiquement partout au Nouveau-Brunswick puisque la province est essentiellement rurale. Le problème des transports est réel. On ne peut pas aller à pied de l'est à l'ouest de Saint John. Cela fait plus de 10 milles de distance. C'est trop loin pour aller travailler ou pour aller à un rendez-vous ou autre. Et pour quelqu'un qui est assisté social, prendre l'autobus coûte cher. On avait donc même parlé d'offrir ce genre d'assistance mais, avec les coupures, rien n'a été fait à cet égard. Les services qui devraient exister n'existent tout simplement pas.

La liste d'attente, bien sûr, pour la clinique de santé mentale, est beaucoup trop longue. J'ai un client en ce moment qui n'a pas reçu les services depuis cinq mois et, comme il a perdu sa mère, il a besoin d'encore plus de services maintenant. Voilà cinq mois qu'il attend; il n'a trouvé personne pour s'occuper de lui et il est dans le système depuis 15 ans. Il y a donc certainement une pénurie de services. C'est la situation dans notre région.

M. LeBlanc : Je répondrai à votre question en disant trois choses. En 1987, lorsque l'on a commencé à dire dans la province que l'on allait aider les consommateurs de soins de santé mentale où les clients de tels services à mettre au point leurs propres services et programmes d'aide, beaucoup se sont opposés au concept. Je me souviens de ma propre expérience quand j'ai voulu ouvrir un centre d'entraide et, j'ajouterais, le faire en français. J'ai fait face à beaucoup d'opposition parce qu'on a déclaré : « Il n'y aura pas de professionnels autour. Pouvez-vous réellement faire

that by yourself?" But we were deaf, we were stubborn, we never listened, and 18 years later I am here right now, and today that concept is accepted. Thus in that sense things have improved in that we have finally come to terms with the fact that mental health clients can do things by themselves, and for themselves, and they can have their own initiatives.

Province-wide I would say that in the last few years we have seen an erosion in mental health leadership in the province. It is stagnant. It is not going forward. The Main Estimates this year show that the provincial mental health budget here in New Brunswick will increase by \$4 million. It will be interesting to see how that \$4 million is allocated.

Senator Trenholme Counsell: What percentage of the increase is in the mental health budget?

Mr. LeBlanc: I am not sure. I am just saying the increase is from \$57 million to \$61 million. At the provincial level, I find that there have been no increases in finances. There has been somewhat of a deaf ear turned towards what we have been asking, et cetera.

On the societal level, coming back to what is mentioned in the third report about the treatment of children, we are living in a society now that is really in a rush to label people and diagnose people and send people to the hospitals and give them pills and box them in a corner and name them something so that we feel more comfortable. I do not think that is the proper way to go. It is an expensive way to go, and in that sense we are eroding the helping nature of people who have problems. I am as sure as I am sitting here that many of the people out there who are diagnosed are just bored to death; they live in excruciating poverty, they are homeless, and we do not bother to treat that. But we can give you pills and we can give you a diagnosis, no problem. In my opinion, those things need to be remedied. We need to change the mindset.

The Chairman: Thank you very much, all of you, for coming this morning. We really appreciate your taking the time to be with us.

The committee adjourned.

FREDERICTON, Wednesday, May 11, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:02 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, I would like to have each of witnesses make an opening statement and then we will ask questions.

cela seul? » Nous avons fait la sourde oreille, nous nous sommes entêtés, nous n'avons pas écouté les sceptiques et 18 ans plus tard, me voici, c'est un concept qui a été accepté. Donc, à cet égard, la situation s'est améliorée car on a enfin reconnu que les clients de services de santé mentale peuvent faire les choses eux-mêmes, pour eux-mêmes et prendre leurs propres initiatives.

Pour la province, je dirais que ces dernières années, la situation s'est plutôt détériorée. C'est l'incurie. On piétine. Le budget principal de cette année prévoit pour la santé mentale, au Nouveau-Brunswick, une augmentation de 4 millions de dollars. Il sera intéressant de voir comment sont répartis ces 4 millions.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quel pourcentage de cette augmentation touche le budget de la santé mentale?

M. LeBlanc : Je ne suis pas sûr. Je dis simplement que l'on va passer de 57 à 61 millions de dollars. Au niveau provincial, on n'a pas augmenté les budgets. On a fait un peu la sourde oreille à ce que nous demandions, et cetera.

Quant à la société dans laquelle nous vivons, et je reviendrai à ce qui est mentionné dans le troisième rapport au sujet du traitement des enfants, nous vivons dans une société aujourd'hui qui tient absolument à étiqueter les gens, à les diagnostiquer, à les envoyer dans des hôpitaux, à leur donner des pilules, à les enfermer dans un coin en les appelant quelque chose qui nous rend plus à l'aise. Je ne pense pas que ce soit une bonne façon de faire. C'est coûteux et cela n'aide pas les gens qui ont des problèmes. Je suis absolument sûr que beaucoup de gens que l'on diagnostique sont tout simplement des gens qui meurent d'ennui; ils vivent dans une pauvreté terrible, ils sont sans logis et nous ne nous en inquiétons pas. Par contre on est prêt à leur donner des pilules, à les diagnostiquer. À mon avis, ce sont des choses auxquelles il faut remédier. Il faut changer cet état d'esprit.

Le président : Merci beaucoup à vous tous d'être venus ce matin. Nous vous savons vraiment gré d'avoir pris le temps de venir témoigner.

La séance est levée.

FREDERICTON, le mercredi 11 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 2, pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, j'aimerais que chacun des témoins puissent prononcer leur déclaration avant qu'on ne passe aux questions.

[Translation]

Ms. France Daigle, Provincial Coordinator, Suicide Prevention Program, New Brunswick Department of Health and Wellness: Mr. Chairman, my intention is to provide you with a brief overview of the research that we have carried out in New Brunswick on deaths by suicide. The research was carried between the 1st of April 2002 and the 31st of May 2003. During that time, 109 people committed suicide; we were able to review 102 cases, which, it has to be said, is a good result.

The New Brunswick Department of Health and Wellness carried out the research in partnership with the New Brunswick Office of the Chief Coroner and the Quebec Centre de recherche Fernand Séguin, a research centre which provided us with our chief researchers, Monique Séguin, Alain Lesage and Gustavo.

The aim of our research was to study the social and psychosocial circumstances of those who died by suicide. We studied the life trajectory of these people from birth to the time of their death. We also chose to turn our attention to the services available and the use of these services. We asked whether the people who had committed suicide had had access to services, and whether they had sought out services. In the case that they had used the available services, we studied whether they were effective, and, if not, what could be done to improve them.

What were the findings of our study of 102 cases? Out of the 102 cases, we met around 55 families face to face; for the remainder of the cases, we studied the deceased's files; their families told us that they did not feel ready to meet with us, but that, nevertheless, they wanted to be part of the research. We studied their mental health, their medical records, their substance abuse history, and all the services that they had used.

We discovered that in two-thirds of the cases in which a person died by suicide, alcohol and drug addiction was a primary contributing factor. This was the conclusion that we were able to draw in two-thirds of the suicides. The primary contributing factor was alcohol and/or drug addiction.

Another fairly significant factor in 60 per cent of cases was depression. In many cases, we learned that the problems with which those involved were wrestling were problems which they had had for a long time. Their problems were not the result of something which had just happened, they were problems which they had had for several years. Through our study of their life history, we also realized that some people were at risk from birth given that they were brought up in an abusive environment, or by parents with a history of drug and alcohol addiction. We also learned that leaving the family home drained them of what resilience they might have had. Furthermore, as they had not previously developed coping skills, when life threw obstacles in their path, their behaviour regressed and they turned to alcohol and drugs.

[Français]

Mme France Daigle, coordonnatrice provinciale, Programme de prévention du suicide, ministère de la Santé et du mieux-être, Nouveau Brunswick : Monsieur le président, je vais vous donner un compte-rendu bref de la recherche que l'on a fait au Nouveau-Brunswick au sujet des décès par suicide. La recherche a débuté le 1^{er} avril 2002 pour se terminer le 31 mai 2003. Pendant notre recherche, il y a 109 personnes qui sont décédées par suicide, et on a pu réviser 102 cas, c'est quand même une très bonne moyenne.

La recherche, c'est un partenariat entre le ministère de Santé et mieux-être, le Bureau du Coroner en chef du Nouveau-Brunswick et le Centre de recherche Fernand Séguin du Québec, dont Monique Séguin, Alain Lesage, Gustavo, étaient nos chercheurs principaux.

Le but de cette recherche était justement d'étudier les circonstances sociales, psychosociales des gens décédés par suicide. On a aussi repris toute la vie de ces gens là depuis le début jusqu'au temps du décès. Autre chose aussi qu'on voulait regarder, c'était au niveau de la trajectoire de services. Est-ce que les gens qui sont décédés ont eu des services, ont été chercher des services? Si oui, est-ce que c'était efficace, sinon, alors qu'est-ce qu'on peut faire pour pouvoir améliorer?

Qu'est-ce qu'on a trouvé dans notre recherche sur les 102 cas? Sur les 102 cas, on a rencontré face à face à peu près 55 familles; pour les autres nous avons étudié leurs dossiers, — les familles nous disaient qu'ils n'étaient pas prêts pour nous rencontrer mais que par contre, ils voulaient faire partie de la recherche — de leur santé mentale, leurs dossiers d'hôpitaux, de toxicomanie et tous les services que les personnes ont eus.

On se rend compte que deux tiers des personnes qui sont décédées par suicide, le problème majeur était au niveau de l'alcool et drogue. Cette conclusion est revenue dans deux tiers des cas qui sont décédés par suicide. Le problème majeur était alcool et/ou la drogue.

Une autre composante assez sérieuse dans 60 p. 100 des cas, c'était la dépression. Dans plusieurs des cas, on s'est rendu compte que les problèmes des personnes étaient des problèmes qui existaient depuis longtemps. Ce n'était pas quelque chose qui venait juste d'arriver, c'était quelque chose qui existait depuis plusieurs années. On se rend compte aussi en étudiant la trajectoire de vie de ces personnes, qu'il y a des personnes qui à leur naissance étaient déjà à risque dans le sens que leurs milieux étaient soit des milieux abusifs ou des milieux où les parents avaient des problèmes d'alcool et de drogues. On se rend compte aussi que, quand ils ont quitté le foyer familial, c'est comme si leur résilience n'était plus là. Par contre, quand il y a des événements de vie qui sont survenus, c'est que par le passé, il n'y avait pas de « coping skills » comme on dit, alors à ce moment-là c'est comme si les personnes régressaient et les problèmes d'alcool et de drogue survenaient.

Our study showed that more than 50 per cent of people who committed suicide had availed themselves of available services. By services, I mean mental health services and front and second-line medical services. We also evaluated the use that people who committed suicide made of services in the month leading up to their suicide, the year leading up to their suicide, and throughout their life. Our study revealed that in the year prior to committing suicide, more than 60 per cent of people contacted either addiction services or frontline mental health services. At the time of their death, only 10 per cent of these people were receiving frontline medical attention. That led us to question the adequacy of our services. We asked what more could be done.

We realize that as regards health services, there is a weakness for people who are suffering and who have received one, two or even more diagnoses. That is something that was mentioned quite frequently.

So what have we done as a result of the study? We have made some recommendations to the Government of New Brunswick. The four main recommendations we made are as follows: that there be memorandums of understanding at the provincial level between the services; for example, that mental health care workers, addiction treatment services and frontline medical services talk to each other and work together. We realized that the services provided to people receiving treatment were more or less in silos. We are asking that all these health care professionals work together more. That is one of our recommendations, that there be memorandums of understanding at the provincial level.

Second, we ask that the government look at how services are provided, precisely to ensure that people do not fall between the cracks, and to ensure that when a client comes in, we can do more outreach, and work more with the family.

Third, we are asking that our professional intervention workers be on the front line, that is that they be trained in suicide prevention and addiction issues. This is a very complex and frequent problem.

Fourth, we are asking that families be supported in their requests for assistance, because we realized in doing our research that families could detect early signs of illness. However, they did not know how to go about getting help. This is another aspect that we would like to look at more closely.

A national Canadian strategy on suicide prevention has been suggested and we would like this approach to be endorsed. The first nations are the responsibility of the federal government, and since that is the case, it would be a good idea if we could all work together. The suicide prevention cases I see include the first nations cases. Over the last two years, we have established a task force in New Brunswick involving the first nations, the Department of Mental Health and other partners to see how to go about working together. We are very limited in what we can do because we have no funding. The province tells us that there are a number of programs and aid opportunities available, and that we

On se rend compte aussi dans notre étude que plus de 50 p. 100 des gens ont été en contact avec des services. Quand on parle de services, on parle des services de santé mentale ou de services médicaux de première ligne et/ou deuxième ligne. On a aussi évalué au niveau des services, la trajectoire de services le mois avant le suicide, un an avant le suicide puis aussi à vie. On se rend compte que l'année avant le suicide, plus de 60 p. 100 des gens avaient eu des contacts avec les services, soit des services de dépendance et de santé mentale de première ligne. Au moment du décès, seulement 10 p. 100 de ces personnes là étaient suivies par soit le service de première ligne. Cela nous a amené à nous poser des questions, à savoir si nos services étaient adéquats? Qu'est-ce qu'on pourrait faire de plus?

On se rend compte qu'au niveau des services santé il y a un manque pour les personnes qui souffrent et qui on reçu un diagnostic ou deux, et même plus. C'est un aspect qui est quand même revenu assez fréquemment.

Alors, qu'est-ce qu'on a fait suite à l'étude? On a fait des recommandations au gouvernement du Nouveau-Brunswick. Les quatre recommandations majeures que nous avons faites sont : qu'il y ait, au niveau provincial, des protocoles d'entente entre les services; par exemple, que les intervenants en santé mentale, les services de dépendances, les services médicaux de première ligne se parlent et travaillent ensemble. On s'est rendu compte que les gens qui étaient suivis recevaient des services plus ou moins offerts en « silos ». On demande que les gens travaillent plus ensemble. C'est une des recommandations, qu'il y ait des protocoles au niveau provincial.

Deuxièmement, on demande au gouvernement de regarder de quelle façon on offre les services, pour justement s'assurer que les personnes ne tombent pas dans les « craques » comme on dit, et de s'assurer que lorsque le client se présente on peut relancer la personne et faire plus de « outreach », et travailler plus avec la famille.

Troisièmement, on demande que nos professionnels d'intervention soient de première ligne c'est-à-dire qu'ils soient formés dans la prévention du suicide, de la toxicomanie. C'est un problème très complexe et très fréquent.

Quatrièmement, on demande à ce que les familles soient appuyées dans leurs demandes d'aide, parce qu'on s'est rendu compte dans notre recherche que les familles pouvaient détecter les signes avant-coureurs, par contre, ils ne savaient pas quoi faire pour aller chercher de l'aide. C'est aussi un aspect qu'on aimerait garder plus près.

Une stratégie canadienne nationale pour la prévention du suicide a été suggérée et on aimerait qu'elle soit endossée. Les Premières nations relèvent du gouvernement fédéral, et puisque qu'on s'occupe des Premières nations, il serait bien qu'on puisse tous travailler ensemble. Dans les dossiers que je reçois pour la prévention du suicide, j'ai aussi les dossiers des Premières nations. Au cours des deux dernières années on a développé un groupe de travail au Nouveau-Brunswick entre les Premières nations, le ministère de la Santé mentale et d'autres partenaires pour voir comment on peut faire pour travailler ensemble. On est très limité parce qu'on n'a pas de fonds. La province nous dit qu'il y a

have a mandate to intervene, but that it does not have the financial resources required. How could we work together to share either the funds or transfers?

Education is another very important aspect. As we know, suicide is a very complex problem facing our society. How can we work together to offer education and awareness programs to families, to community members and frontline and secondary health care services? One of the findings of our research is that over half of the people who committed suicide had seen their family doctor the week or the month before their suicide. We have a great deal of work to do together as partners.

I would like you to remember that suicide is a societal problem. We have to stop setting up barriers and saying that the problem is not our concern. Our mandate is to ensure that the whole community is in good physical and mental health.

During our study, we met with 40 people who had attempted suicide. We met with these people to get much the same information we had received from the group and to establish some benchmarks in order to improve services or the way in which they are provided. The results on the second group should be ready by the fall of 2006.

[English]

The Chairman: Senators, our second witness is Mr. Bernard Galarneau from the Shepody Healing Centre.

Mr. Bernard Galarneau, Psychologist, Political Director, Shepody Healing Centre: Mr. Chairman and honourable senators, it is a privilege to address and discuss with you such important issues as the needs of mentally disordered individuals in Canadian society.

Before I address the third report on which we were asked to comment, I would like to tell you a little bit about myself, and our organization.

I am by trade a clinical and forensic psychologist. After almost five years in the military with the Royal 22nd Regiment, the infamous Van Doos, I went back to school, and obtained a master's degree in clinical psychology.

During my career as a psychologist, I have worked in a variety of settings. I started as an intern at the Restigouche Hospital in Campbellton, New Brunswick, assigned to the acute unit for women. Being well-schooled in the medical model, I subsequently worked at the Moncton Mental Health Clinic as a psychometrist. In September 1984, I began working as a contract psychologist for Correctional Service Canada, CSC, at Dorchester Penitentiary, which was then a maximum security facility before Atlantic Institution was opened in Renous.

plusieurs programmes et des opportunités d'aide, et que nous avons le mandat pour intervenir, mais qu'elle n'a pas les ressources financières. Comment pourrions-nous travailler ensemble pour partager soit des fonds ou des transferts.

Un autre aspect très important est celui de l'éducation. On sait que le suicide, c'est un problème de société et c'est un problème très complexe. Comment pouvons-nous travailler ensemble pour offrir des cours de sensibilisation et d'éducation aux familles, aux membres de la communauté, aux services de santé de première ligne et de deuxième ligne? Un des résultats de notre recherche, c'est que plus de la moitié des gens qui sont décédés par suicide avaient vu leur médecin de famille la semaine, le mois avant leur suicide. Nous avons beaucoup de travail à faire ensemble comme partenaires.

J'aimerais que vous reteniez que le suicide est un problème de société. Il faut qu'on arrête de se mettre des barrières et de dire que ce problème ne nous concerne pas. Notre mandat c'est de s'assurer que toute la communauté soit en bonne santé physique et mentale.

Lors de notre étude on a rencontré 40 personnes qui ont fait des tentatives de suicide. On a rencontré ces personnes pour justement avoir un peu la même information qu'on a reçu avec le groupe et pour nous donner aussi des points de repère pour apporter certaines améliorations dans les services ou la façon qu'on offre les services. Les résultats du deuxième groupe devraient être prêts pour l'automne 2006.

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, nous allons maintenant donner la parole à notre deuxième témoin, M. Bernard Galarneau, du Centre de rétablissement Shepody.

M. Bernard Galarneau, psychologue, directeur politique, Centre de rétablissement Shepody : Monsieur le président, honorables sénateurs, c'est pour moi un privilège de discuter avec vous d'une question aussi importante que les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux au Canada.

Avant de passer au troisième rapport, au sujet duquel vous nous avez demandé de vous faire part de nos observations, j'aimerais me présenter et vous parler de notre organisation.

J'ai été formé comme psychologue clinicien et judiciaire. Après avoir travaillé pendant cinq ans pour les Forces au sein du Royal 22e Régiment, les tristement célèbres Van Doos, je suis retourné aux études et j'ai obtenu une maîtrise en psychologie clinique.

L'exercice de mon métier de psychologue m'a amené à travailler dans divers milieux. J'ai commencé comme interne à l'Hôpital Restigouche à Campbellton, au Nouveau-Brunswick, au service des soins actifs pour les femmes. Ayant acquis une bonne connaissance du modèle médical, j'ai par la suite travaillé à la Clinique de santé mentale de Moncton à titre de psychométricien. C'est en septembre 1984 que j'ai commencé à travailler comme psychologue contractuel auprès de Service correctionnel du Canada, ou SCC, au pénitencier Dorchester, qui, avant l'ouverture de l'établissement de l'Atlantique à Renous, était un pénitencier à sécurité maximale.

I was hired to develop and deliver a substance abuse program, which I did until the next year when contract money dried up and I was redeployed to the psychiatric wing of Dorchester Penitentiary. It was very interesting times.

In 1987 I began to work as a CSC indeterminate psychologist and institutional psychologist. An institutional psychologist does a lot of things. With a caseload of anywhere from a 100 to 200 inmates there is little time for genuine psychotherapy. You mostly work as a firefighter. You extinguish fires, crises as they arise, and you do a lot of risk assessments. The emphasis is not that much on mental help. That is the lot of institutional psychologists.

I was physically attached to what was then referred to as the Atlantic Regional Treatment Centre. Somewhere around 1990, the treatment centre was mandated to research, develop, implement and deliver a sex offender program. I volunteered for such, with a few other colleagues, and subsequently worked for some 10 years in the field, eventually becoming clinical director of the high-intensity sex offender program and also of the regional assessment program for sex offenders. This program also included a challenged sex offender program for people that have committed a sex offence, who also have a learning deficit or some sort of mental disorder, preventing them from accessing these programs in the regular population.

In 2002, I crossed over to the dark side, as my colleagues from the union say, and became an administrator working as Clinical Director at the Shepody Healing Centre.

Parallel to this career in CSC, I continued to work as an independent practitioner in the community seeing both a clinical and forensic population. I was also involved in the College of Psychologists of New Brunswick as a member of the registration committee and president for one term.

The Shepody Healing Centre is a 46-bed facility. It is situated within the walls of Dorchester Penitentiary, in the Village of Dorchester, New Brunswick. It was originally named the Dorchester Regional Treatment Centre, and later the Atlantic Regional Centre. In 2000, it became an independent entity, with its own budget and executive director, Mr. Luc Doucet, and a multi-disciplinary staff including correctional officers, nurses, occupational therapists, psychiatrists, psychologists, parole officers, physicians, social workers, and others. In 2001, it was renamed the Shepody Healing Centre.

Although some had an issue with the term "healing," or "rétablissement," it was meant to reflect the fact that individuals who suffer from mental disorder need a holistic and inclusive approach; one that goes beyond the traditional professions of

On m'a embauché pour que je conçoive et que je mette en place un programme de lutte contre la toxicomanie, ce que j'ai fait jusqu'à l'année suivante, alors que les fonds ont manqué et que j'ai été réaffecté à l'aile psychiatrique du pénitencier Dorchester. Ce fut une époque très intéressante.

C'est en 1987 que j'ai commencé à travailler pour le SCC à titre de psychologue de l'établissement pour une période indéterminée. Le psychologue de l'établissement s'acquitte d'un grand nombre de tâches. Comme nous nous occupons de 100 à 200 détenus, nous ne pouvons consacrer que très peu de temps à la véritable psychothérapie. On agit plutôt comme un urgentologue, c'est-à-dire qu'on gère les crises au fur et à mesure qu'elles éclatent et on fait beaucoup d'évaluations des risques. On n'accorde pas beaucoup d'importance à la santé mentale. Malheureusement, c'est le lot des psychologues dans les établissements.

À l'époque, mon centre d'attache était ce qu'on appelait le Centre de traitement régional de l'Atlantique. Vers 1990, le centre a reçu pour mandat de concevoir, de développer et de mettre en œuvre un programme pour les délinquants sexuels. Je me suis porté volontaire pour faire ce travail, avec un petit groupe de collègues, et j'ai finalement travaillé pendant 10 ans dans ce domaine. Avec le temps, je suis devenu directeur clinique du programme intensif pour délinquants sexuels et du programme régional d'évaluations des délinquants sexuels. Ce dernier comportait un programme spécial pour les délinquants sexuels qui avaient commis une infraction d'ordre sexuel et qui souffraient d'un déficit d'apprentissage ou d'un trouble mental quelconque leur empêchant d'avoir accès aux programmes destinés à l'ensemble de la population.

En 2002, j'ai changé de camp, comme se plaisent à dire mes collègues du syndicat, pour devenir administrateur sous le titre de directeur clinique du Centre de rétablissement Shepody.

Parallèlement à ma carrière au SCC, j'ai continué à travailler à titre de psychologue clinique et judiciaire indépendant. J'ai également été membre du Comité d'évaluation des candidatures et président du Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick pendant un mandat.

Le Centre de rétablissement Shepody héberge 46 lits. Il est situé au sein du pénitencier Dorchester, dans le village de Dorchester, au Nouveau-Brunswick. On a tout d'abord attribué le nom de Centre de traitement régional de Dorchester, puis de Centre régional de l'Atlantique, au Centre de rétablissement Shepody. C'est en 2000, que le centre s'est transformé en institut indépendant doté de son propre budget et d'un directeur exécutif, M. Luc Doucet, et d'une équipe multidisciplinaire comprenant des agents correctionnels, des infirmiers, des ergothérapeutes, des psychiatres, des psychologues, des agents de libération conditionnelle, des médecins, des travailleurs sociaux, et cetera. Depuis 2001, le centre s'appelle Centre de rétablissement Shepody.

Il est vrai que le terme « rétablissement », dans le sens de « guérison », n'a pas plu à tout le monde, mais il a été retenu, car il reflète le fait que les personnes qui souffrent de troubles mentaux doivent être traitées selon une approche holistique et

psychiatry, psychology, nursing and social work. The term "treatment" itself is based on the medical model that views people who have physical ailments as sick, labelling them as patients.

Healing implies a greater involvement of others in the recovery process, including clergy, an Inuit-Native liaison officer, volunteers, family members, friends, and participants of various self-help groups such as Alcoholics Anonymous, AA, and Narcotics Anonymous, NA. The healing approach is potentially more egalitarian and client-centred in nature, and likely more engaging of clients in their recovery, than is the case in the traditional medical model. Of course, healing is also spiritual and restorative in nature.

Since then, under the governance and leadership of Mr. Doucet, the Shepody Healing Centre has known an impetus propelling it into the 21st century with an approach that navigates and negotiates the incredible complexities of working in an organization that respects the Canadian Criminal Code, the Canadian Charter of Rights and Freedoms, the Corrections and Conditional Release Act, the Corrections and Conditional Release Regulations, the commissioner's directives, the regional instructions, the standing orders, the standard operating practice, and the New Brunswick Mental Health Act, not to mention considering and respecting the ethical codes of several professional groups within our walls. I would be remiss not to mention the particular challenges of a client-centred approach in a paramilitary environment, where rules, structure, accountability, discipline, and security are paramount.

A few words about Mr. Doucet who would have addressed you: As you may know, before coming to CSC in 2000 as Executive Director, Mr. Doucet had established a patient advocate service in New Brunswick, and had worked as a patient advocate for several years. No need to tell you that in that capacity, he has seen the many needs and the many faces of mental illness, the societal stigma attached to mental illness, the family's distress and anguish, the inadequacy of the system, and also the fearless determination and dedication of mental health workers who take at heart their duties and responsibilities. Mr. Doucet is by profession a social worker, and a true advocate of mentally disordered individuals. He will often say that, "We mental health workers, and other health professionals must speak on behalf of what must be considered the most vulnerable people in our society and in our health care system."

Mr. Doucet, of course, was disappointed not to be here personally to address those issues with such a learned audience. I am sorry not to see him here, and I am sure he would have

inclusive; une approche qui va au-delà des disciplines traditionnelles que sont la psychiatrie, la psychologie, les sciences infirmières et le travail social. Le terme « traitement », pour sa part, émane du modèle médical qui veut que les personnes souffrant de troubles physiques soient malades et qualifiées de patients.

On entend notamment par « rétablissement » la participation accrue des autres, notamment du clergé, des agents de liaison inuits-autochtones, des bénévoles, de la famille, des amis et des membres de groupes d'entraide comme Alcooliques Anonymes, ou AA, ou encore Narcotiques Anonymes, ou NA. L'approche fondée sur le rétablissement est sans doute intrinsèquement plus égalitaire et plus axée sur le client et lui permet de jouer un rôle plus actif dans son rétablissement que les modèles médicaux traditionnels. Évidemment, il y a un côté spirituel et réparateur au rétablissement.

Depuis cette époque, sous la gouvernance et le leadership de M. Doucet, le Centre de rétablissement Shepody s'est véritablement lancé dans le XXI^e siècle grâce à une approche qui permet de gérer le travail extrêmement complexe d'une organisation qui doit respecter le Code criminel, la Charte des droits et libertés, la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, les règlements sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, les directives du commissaire, les instructions régionales, les règles de pratique et la Loi sur la santé mentale du Nouveau-Brunswick, sans parler des codes de déontologie des différents groupes professionnels qui sont représentés au sein de notre institution. Je me dois également de mentionner que l'application d'une approche axée sur le client dans un environnement paramilitaire, où les règles, la structure, la responsabilité, la discipline et la sécurité sont primordiales, comporte sa part de difficultés.

Permettez-moi maintenant de vous parler de M. Doucet qui devait venir aujourd'hui : comme vous le savez, avant d'assumer le poste de directeur exécutif au SCC en 2000, M. Doucet avait fondé un service de défense des patients au Nouveau-Brunswick et avait travaillé à la défense des patients pendant un certain nombre d'années. Il va sans dire qu'il a ainsi pu identifier les nombreux problèmes des patients et les multiples visages de la maladie mentale, de la stigmatisation rattachée à la maladie mentale au désarroi des familles, en passant par les lacunes du système. Mais il a aussi pu constater la détermination et le dévouement sans faille des travailleurs oeuvrant dans le secteur de la santé mentale qui prennent au sérieux leurs rôles et responsabilités. M. Doucet est, professionnellement parlant, travailleur social, mais il est également un vrai défenseur des personnes souffrant de troubles mentaux. Il se plaît à dire « Nous, les travailleurs en santé mentale, ainsi que les autres professionnels de la santé, devons défendre ceux qu'on doit considérer comme étant les personnes les plus vulnérables de notre société mais également de notre système de soins de santé ».

Bien évidemment, M. Doucet était déçu de ne pas pouvoir discuter lui-même de toutes ces questions avec un public aussi érudit. Quant à moi, je suis désolé qu'il n'ait pas pu venir et suis

conveyed both his vast knowledge, his understanding of the issues, and his passion for this cause. On the other hand, I am grateful that I am here, and have the opportunity to speak to you.

I will confess, I did not read the first two reports, but I read the last report attentively. I know Brenda McPherson read the first one attentively too. It is only 280 pages. I read the third report also with great interest. I have discussed it at length with an esteemed colleague of mine, a social worker, John Lutes, who has shared many interesting thoughts regarding this report. Remember his name because it will come up again later in relation to an important initiative involving CSC in the province, and directly pertinent to our discussion today.

You may have noticed that I have not said the words "mental illness" yet. I have used the words "mental disorder" on purpose and for a number of reasons. Traditionally, it is my understanding that in the medical fields disorder tends to refer to a condition that is not curable. It is a condition that can be treated and brought under control, but cannot be cured. In contrast, illness is curable, and treatment is often available and effective.

While I would like to tell you that schizophrenia and bipolar disorders can be cured, we all know that is untrue, and the illness can return. Treatment can fail, and relapse will occur. That is my understanding of the medical model of treating medical conditions. It is a model that worked well for medical conditions, and has worked well for a long time, but it does not work well with mental health issues and issues of maladaptation.

Interestingly in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, DSM-IV, the American Psychiatric Association says that the words "mental disorder" are inadequate, but because they emphasize the dualism mind-body, they cannot find more adequate words. Neither can I. I will not second-guess the American Psychiatric Association.

Mental health problems are, of course, not related to germs, microbes and bacteria. They are related to our needs, as we experience them, and as they are expressed. They are symptoms of unhappiness, and inability to resolve personal issues and to adapt to the environment in those situations. I often tell my clients that happy and well-adjusted people do not assault others. They respect life and property, simply because it is more beneficial for them, and they appreciate peace and harmony. That is my belief.

People whose basic needs are deprived, emotional needs primarily but also physical and psychological needs including the need for spirituality for some individuals, will develop adaptation problems. Beyond the symptoms of individual

convaincu qu'il vous aurait fait part de ses vastes connaissances et de ses opinions sur ces questions ainsi que de sa passion pour la cause. D'un autre côté, je suis heureux que ce soit moi qui soit ici et que ce soit moi qui ai l'occasion de m'entretenir avec vous.

Je dois vous avouer que je n'ai pas lu les deux premiers rapports, mais j'ai lu le dernier attentivement. Je sais que Brenda McPherson a lu le premier rapport attentivement également. Il ne fait que 280 pages. Pour ce qui est du troisième rapport, je l'ai lu avec grand intérêt et en j'ai parlé longuement avec mon estimé collègue, le travailleur social John Lutes, qui m'a fait part de beaucoup d'idées intéressantes à ce sujet. N'oubliez pas son nom parce qu'on en reparlera plus tard dans le cadre d'une importante initiative provinciale à laquelle participe le SCC, qui cadre bien avec la discussion d'aujourd'hui.

Vous avez sans doute remarqué que je n'ai pas encore utilisé le terme « maladie mentale ». J'ai préféré utiliser les mots « troubles mentaux » sciemment pour diverses raisons. Traditionnellement, à ma connaissance, dans le domaine médical, on a tendance à utiliser le mot « trouble » pour décrire une maladie incurable. Une maladie qui peut être traitée et maîtrisée, mais pas guérie. À l'inverse, la maladie peut être guérie et les traitements sont souvent disponibles et efficaces.

J'aimerais pouvoir vous dire qu'il est possible de guérir la schizophrénie et les troubles bipolaires, mais nous savons tous que c'est faux et que la maladie peut se manifester à nouveau. En effet, les traitements ne sont pas toujours efficaces et il y a des risques de rechute. C'est en tout cas ma perception du modèle médical du traitement des maladies. Il s'agit d'un modèle qui est utilisé efficacement depuis longtemps pour traiter les maladies physiques mais qui n'est pas adapté au problème de santé mentale et d'inadaptation.

Ce qui est intéressant, c'est que dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-IV, l'American Psychiatric Association précise que le terme « trouble mental » est inadéquat, mais qu'étant donné l'accent mis sur le dualisme de l'esprit et du corps, il leur est impossible de trouver des termes mieux adaptés. Je ne tenterais même pas d'en proposer, car je n'oserais pas douter de l'opinion de cette association.

Bien évidemment, les problèmes de santé mentale n'ont rien à voir avec les germes, les microbes ou encore les bactéries et se rapportent plutôt à nos besoins, tels que nous les vivons et tels qu'ils sont exprimés. Ces troubles ont des symptômes comme une tristesse inhérente et une incapacité à résoudre des problèmes personnels et à s'adapter à l'environnement. Je dis souvent à mes clients que les personnes qui sont heureuses et bien adaptées n'agressent pas autrui. Elles respectent la vie et la propriété des autres, tout simplement parce que c'est dans leur avantage et elles apprécient la paix et l'harmonie. C'est ce que je pense.

Quand nos besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits, et par besoins, j'entends essentiellement les besoins émotifs mais également les besoins physiques et psychologiques, notamment la spiritualité chez certaines personnes, on souffre de problème

unhappiness, they are also symptoms of society's shortcomings and the imperfection of our legal and mental health system.

The changes that are sought in your process of consultation are changes that are not merely those of infrastructure modification, and improvement in the delivery of primary, secondary, or tertiary health care delivery. They are also changes in our values, and must bring about a cardinal paradigm shift in our perspective. For instance, in the report, the terms "patient/client-centred," "patient-centred," "patients" and "patient/subject" are used somewhat interchangeably. However, the very term "patient" is loaded with medical-model orientation. The term "patient/client-centred" is almost an oxymoron when one considers a patient as a person to whom treatment is administered, as opposed to a client who is actively involved with their own therapeutic changes. I respectfully suggest that it is vital to switch the term around to "client/patient-centred" to truly reflect an approach where the individual has the right to speak and is therefore empowered, and indeed, at the centre of the care they are to receive.

Note also that the concept of consultation is widely discussed, and it is certainly an important part of the client/patient-centred approach that integrates professionals of all kinds: community workers and client/patients themselves. However, are we not looking for a little more than consultation? Should our approach not be one that is more comprehensive and inclusive than consulting? A consultant remains on the outside, has a rather passive role and can easily be dismissed if the opinion is not satisfactory for whatever reason.

I submit that both building partnerships and coalitions are a few notches above consultation when it comes to genuine inclusion and egalitarian relationships. Partnerships in coalitions include individuals that are part of the system, actively involved and working together to improve the system. With all due respect, and without any malice, do we have standing members that are suffering from mental disorders, as regular partners? They have been consulted indeed, and it would be optimal if they were a sitting member, an active part, that you can consult every day as equal partners.

My first comment about the report is how impressed I am at its depth, and the thoughtfulness of the numerous questions you asked throughout the report. I can feel only in awe at the complexity of the issues you are dealing with, but also I am excited by your obvious commitment and the seriousness of your research inquiries. Indeed, I am glad I do not have to answer all the questions you are asking, but I believe in the process, and I hope that my comments will be useful in your work.

The second aspect that struck me about the report is the relative absence of comments directly related to mentally disordered offenders or inmates, "offender" being a term that includes those in the community. When the committee speaks of

d'adaptation. Les problèmes de santé mentale sont des symptômes de tristesse, mais sont également le reflet des lacunes de la société et de nos systèmes juridiques et de santé mentale.

Les changements auxquels mènera votre processus de consultation ne viseront pas uniquement les infrastructures et l'amélioration de la prestation de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Ils viseront également nos valeurs et il faudra qu'on change de façon dramatique notre façon de penser. Par exemple, dans le rapport, les termes « axé sur le patient/client », « axé sur le patient », « patients » et « sujet » sont des quasi-synonymes. Mais il faut savoir que le terme « patient » est issu du modèle médical. Les termes « accès sur le patient /client » sont presque antinomiques lorsque le patient est vu comme une personne qui reçoit un traitement, par opposition au client qui participe activement à son évolution thérapeutique. Avec tout le respect que je vous dois, je vous dirais qu'il est essentiel que l'on intervertisse les termes pour parler de « axé sur le client/patient » de façon à préciser que le patient a droit au chapitre, ce qui l'amène à se prendre en main et à se positionner au cœur du traitement qu'il reçoit.

Sachez également que l'on parle beaucoup du concept de consultation, ce qui est évidemment une partie importante de l'approche axée sur le client/patient qui intègre des professionnels en tous genres : les travailleurs communautaires et les clients/patients eux-mêmes. Par contre, ne devrions-nous pas aller chercher plus loin que les consultations? Ne devrions-nous pas adopter une approche qui soit plus exhaustive et inclusive? Après tout, le consultant est toujours étranger, joue un rôle assez passif peut facilement être écarté si son opinion n'est pas satisfaisante pour une raison ou une autre.

Je pense qu'en parlant de partenariat et de coalition, au lieu de consultation, on se rapproche sensiblement d'une relation véritablement inclusive et égalitaire. Les partenariats établis dans le cadre de coalitions font participer des personnes qui font partie du système et qui travaillent activement ensemble pour l'améliorer. Avec tout le respect que je vous dois et sans vouloir être impertinent, y a-t-il des membres permanents qui souffrent de troubles mentaux, des partenaires de longue date? C'est vrai que des personnes ayant des troubles mentaux ont été consultées, mais l'idéal serait d'en avoir à titre de membres permanents, car elles pourraient jouer un rôle actif et être consultées tous les jours à titre de partenaires égaux.

Par rapport à votre rapport, je dirais tout d'abord que j'ai été très impressionné par son caractère exhaustif et par la pertinence des questions qui y sont posées. Je ne peux qu'être admiratif face à la complexité des questions auxquelles vous vous attaquez et je suis enthousiasmé par votre dévouement évident et la solidité de vos recherches. Je vous avoue que je suis content de ne pas être obligé de répondre à toutes les questions que vous posez, mais je pense que le processus est bon et j'espère que mes observations vous seront utiles.

La deuxième chose qui m'a frappé dans votre rapport, c'est l'absence relative d'observations portant directement sur les délinquants ou les prisonniers souffrant de troubles mentaux, délinquant étant un terme qualifiant ceux qui font partie de la

specific population groups in Chapter 2, inmates are not mentioned per se, except in a brief passage at the end of section 2.4, "Individuals with Complex Needs," where the reader is referred to Chapter 7. Chapter 7, itself, mentioned the issue of federal inmates' needs, but this is under the heading, "The Role of the Federal Government." The only mention of inmates is a question as to whether the access to, and quality of, service and support can be improved for inmates of federal penitentiaries.

Inmates are thus treated as one of many populations not that different from other Canadian subgroups with mental disorders. In our opinion, this is a common, but erroneous perception. For instance, in our joint institution of Dorchester Penitentiary and Shepody, 20 per cent to 25 per cent of our population are receiving outpatient psychiatric care. They go from the Dorchester population to Shepody, they consult with a psychiatrist, and they receive some form of psychiatric treatment. What is the rate of people requiring psychiatric services in the community, I wonder? Granted, Dorchester Penitentiary's population is far from a fair community sample, but that is precisely the point.

Our population suffers from many types of mental disorders, including Axis I disorders, and many Axis II disorders, especially personality disorder. On Axis II there is mental retardation, personality disorder, mainly anti-social personality disorder but also borderline personality disorder such as narcissism and others. Many have co-morbidities, dual diagnosis, and convergent disorder. Of all federal inmates, 70 per cent to 75 per cent have either a mental disorder or an addiction disorder per se. It is almost an odd experience when you meet an inmate who has no addiction and no mental disorder. The presence of a substance abuse disorder increases the chance of a mental disorder by 2.3 times and conversely, the presence of a mental disorder increases the probability of an addiction disorder by 2.7 times.

Interestingly, we mental health professionals often tend to treat disorders sequentially: one and then the other. We treat the addiction, then something else, but recent research tends to suggest that an integrated approach would be more effective.

Ms. Daigle: That is what we are saying. Thank you.

Mr. Galarneau: That is what you are saying. I concur, of course, with many things you said.

You address concurrently the addiction issues and the other mental issues; the mental and physical in each and the cognitive distortion that contributes to, and feeds, the dysfunctional

communauté. Lorsque, au chapitre 2, le comité traite de segments de la population spécifiques, les prisonniers ne sont pas mentionnés à proprement parler, sauf dans un court passage à la fin de la rubrique 2.4, *Cas complexes*, où on renvoie le lecteur au chapitre 7. Au chapitre 7, on mentionne les besoins des prisonniers des pénitenciers, mais uniquement sous la rubrique *Le rôle du gouvernement fédéral*. La seule question qu'on se pose par rapport aux prisonniers est de savoir si l'accessibilité et la qualité des services et du soutien peuvent être améliorées dans les pénitenciers.

Les prisonniers sont donc traités comme un segment de la population, comme un groupe qui n'est pas tellement différent des autres groupes de Canadiens qui souffrent de troubles mentaux. À notre avis, si cette perception est fréquente, elle n'en est pas moins erronée. Par exemple, dans notre institution jumelée du pénitencier Dorchester et de Shepody, de 20 à 25 p. 100 de la population est soignée en consultation psychiatrique externe. Les prisonniers passent du pénitencier au centre Shepody pour consulter un psychiatre et reçoivent un traitement psychiatrique quelconque. Je me demande quelle est la part des citoyens de la collectivité qui ont besoin de services psychiatriques. Évidemment, la population du pénitencier Dorchester n'est pas représentative de la collectivité moyenne, mais ça ne fait que renforcer ma position.

Les prisonniers sont atteints d'une panoplie de troubles mentaux, notamment des troubles de l'Axe 1 et d'un grand nombre de troubles de l'Axe 2, surtout du trouble de la personnalité. Les troubles de l'Axe 2 comprennent la débilité mentale et le trouble de la personnalité, surtout le trouble de la personnalité antisociale, mais également le trouble de la personnalité limite comme entre autre le narcissisme. Il y en a beaucoup qui souffrent de co-morbidité et de troubles convergents ou pour qui un diagnostic mixte a été posé. Parmi les prisonniers des établissements fédéraux, entre 70 et 75 p. 100 souffrent soit de troubles mentaux ou de toxicomanie. C'est même étonnant, presque, de rencontrer un prisonnier qui ne souffre ni de toxicomanie ni de troubles mentaux. Quand on est toxicomane, on a 2,3 fois plus de chances de souffrir d'un trouble mental et, à l'inverse, quand on a un trouble mental, on a 2,7 fois plus de chances d'être toxicomane.

Il est important de préciser que les professionnels de la santé mentale ont tendance à traiter les troubles un à la fois. On traite la toxicomanie, puis l'autre trouble. Et pourtant, des recherches récentes semblent démontrer qu'une approche intégrée serait plus efficace.

Mme Daigle : C'est ce qu'on essaie de dire. Merci.

M. Galarneau : C'est effectivement ce que vous essayez de dire. Il est évident que je suis d'accord avec vous sur un grand nombre de questions.

Il faudrait donc s'attaquer parallèlement aux problèmes de toxicomanie et aux troubles mentaux; aux aspects mentaux et physiques de chacun et à la distorsion cognitive qui alimente

attitude about life, treatment, and pertinent issues. The split between mental health and physical health is manifested in all kinds of ways.

I am sorry if I am going fast, but I know time is precious. For instance, in CSC, when offenders first arrive in the correctional system after sentencing, they go to a reception centre where their needs, risk level and responsiveness to intervention are assessed, and a penitentiary placement based on this, and their crime, is generated. However, CSC has no systematic way of screening mental disorders or mental health problems. A psychological intake assessment will be completed when mental issues are flagged from the community, or when the crime dictates it, such as in sex offences and other violent offences. However, such a systematic assessment does not exist as a standard procedure for all offenders. With the prevalence of mental disorders in our population, should that not be addressed, and fixed?

As a result of having mental health centres separated from the reception centre — the reception centre is in Springhill, and the regional treatment is in Dorchester — those who require major psychiatric and psychological intervention and hospitalization must be transferred to the treatment centres, where the process of reception is interrupted while mental health needs are addressed. Occasionally staff from the reception centre will travel to the treatment centre, but this is far from an integrated and client-centred service.

With regard to the question of integration of service, it is mentioned in the report that there are frequent difficulties in coordinating services between various provincial and federal government agencies. Mentally disordered offenders who are receiving psychiatric medication, and who are released from prison, typically have two weeks of medication supply. How quickly can they be seen by a physician or a psychiatrist to have their prescription renewed? You know very well that if they do not have access to their medication, many of them will relapse, and it may lead to further crime.

In a great effort of inter-governmental collaboration, and pro-active thinking, John Lutes, the man I named earlier, Jean-Louis Bouchard, Director of Mental Health Service for New Brunswick, and Leslie Reid, from the provincial correction, sat down together and established a protocol. It is still in draft form but it is an excellent effort to make sure that inmates who are released will have quick access to the treatment and service they need, when they need it.

I cannot share this document with you yet, because it is not official, but Mr. Bouchard has indicated that when it is official, he will be pleased to share that with you.

l'attitude dysfonctionnelle par rapport à la vie, aux traitements et aux autres questions pertinentes. La scission entre la santé mentale et la santé physique se manifeste de toutes sortes de façons.

Je suis désolé d'aller si rapidement, mais nous n'avons pas beaucoup de temps. Par exemple, au SCC, lorsque les contrevenants ont reçu leur peine et passent au système correctionnel, ils se retrouvent dans un centre de réception où leurs besoins, le risque qu'ils posent et leur réceptivité aux interventions sont évalués afin de générer un placement pénitencier en fonction de leur évaluation et de leur crime. Par contre, au SCC, il n'existe aucun système qui permette de dépister les troubles mentaux ou les problèmes de santé mentale. Ce n'est que lorsque la communauté signale un problème de santé mentale ou que la nature du crime, par exemple les agressions sexuelles ou violentes, le dicte, qu'une évaluation psychologique lors de l'arrivée du prisonnier est effectuée. Il n'y a pas de dépistage systématique pour l'ensemble des contrevenants. Étant donné le nombre important de prisonniers souffrant de troubles mentaux, ne serait-il pas important de régler ce problème?

Comme les centres de santé mentale sont séparés des centres de réception — dans mon cas le centre de réception est à Spring Hill et le centre de traitement régional à Dorchester — les personnes qui nécessitent des soins psychiatriques et psychologiques importants et doivent être hospitalisées sont envoyées au centre de traitement, ce qui veut dire que le processus de réception doit être interrompu le temps de régler les troubles mentaux. Il est vrai que parfois, le personnel du centre de réception se rend jusqu'au centre de traitement, mais on est loin d'un modèle de service intégré axé sur le client.

En ce qui concerne l'intégration des services, vous dites dans votre rapport que la coordination des services entre les organismes gouvernementaux, provinciaux et fédéraux pose souvent des difficultés. Les détenus atteints de troubles mentaux qui prennent des médicaments psychotropes reçoivent généralement, au moment de leur libération, une provision de médicaments pour deux semaines. Combien de temps doivent-ils attendre avant de voir un médecin ou un psychiatre qui renouvellera leur ordonnance? Et l'on sait très bien que s'ils ne peuvent prendre leur médicament, beaucoup d'entre eux auront des rechutes qui pourraient les amener à commettre d'autres crimes.

Dans un louable effort de collaboration intergouvernementale et de réflexion proactive, John Lutes, dont j'ai déjà parlé, Jean-Louis Bouchard, le directeur des Services de santé mentale du Nouveau-Brunswick et Leslie Reid, un représentant des services correctionnels provinciaux, ont défini ensemble un protocole. Il est encore à l'état d'ébauche, mais c'est un excellent document qui vise à garantir aux détenus libérés un accès rapide aux traitements et aux services dont ils ont besoin, au moment opportun.

Je ne peux vous remettre un exemplaire de ce document, parce qu'il n'est pas terminé, mais M. Bouchard a indiqué qu'il sera heureux de vous le faire parvenir une fois qu'il aura été officiellement approuvé.

Important points: The level of knowledge and training of police officers and other partners in the criminal justice system needs to be addressed. Training for judges and lawyers is almost non-existent, as it was reported to us by students and practitioners already in the justice system. Very little training is available in terms of mental health. A number of encouraging initiatives exist such as the Mental Health Court that I know you are aware of in Saint John and in Ontario.

Early detection is extremely important for effective intervention, as is the acquisition of parenting skills. Although parenting skills have little to do with some mental disorders that have a clear biochemical component, there are too many unskilled parents who neglect, abuse, or otherwise fail to meet the basic physical, emotional and psychological needs of developing human beings.

The provision of money to train more Aboriginal mental health professionals is seen as a positive initiative, but it must be pointed out that training Aboriginal mental health professionals is how we see the solution. It is our model. Aboriginals may have a different opinion than this, and we must be ready to let them plan some of their own solutions, as these may be more effective than our traditional way of thinking.

We support the development of monetary incentives for physicians. I think it is a great idea that we spend more time with mentally disordered individuals. Mental health care must be included in the Canadian health care system. We have to stop this dualism between mental health and physical health, when you know for instance, that people —

[Translation]

— in seniors' homes, residents will enjoy better physical health when they are given the choice about where they sit and what they have for lunch.

[English]

If those little choices make a difference to your physical health, imagine the impact of having your needs deprived as a child or adult. Yes, money must be allotted exclusively for mental health services under the health care envelope. That is our belief.

I want to say a few words about Canada Health Infoway. I think it is a great initiative. We have to be careful about protecting confidentiality. That is a downfall of electronic sharing of information. However, establishing a national portal with reliable in-depth information about mental disorder, treatments and side-effects will go a long way to involve individuals totally in their own treatment, and to being truly client-centred.

Permettez-moi de soulever quelques questions importantes. Il importe d'améliorer les connaissances et la formation des policiers et des autres intervenants du système de justice pénale. On n'offre pratiquement aucune formation dans ce domaine aux juges et aux avocats, comme nous l'ont signalé des étudiants et des praticiens qui travaillent déjà dans le système judiciaire. On offre très peu de formation sur la santé mentale. Il y a cependant des projets encourageants comme le Tribunal de la santé mentale à Saint Jean et en Ontario, que vous connaissez sans doute.

La détection précoce est extrêmement importante pour qu'une intervention soit efficace, tout comme l'acquisition de compétences parentales. Bien que les compétences parentales soient sans rapport avec les troubles mentaux découlant d'un déséquilibre biochimique connu, il y a trop de parents mal préparés à leur rôle qui négligent ou maltraitent leurs enfants, ou se montrent incapables de répondre aux besoins physiques, émotifs et psychologiques d'êtres humains en devenir.

Nous sommes favorables à l'idée de consacrer des fonds à former un plus grand nombre de professionnels de la santé mentale autochtones, mais il faut rappeler que la formation de professionnels autochtones dans ce domaine est la solution que nous préconisons. C'est notre modèle et pas celui des Autochtones, qui pourraient bien avoir une opinion différente; voilà pourquoi nous devons les laisser choisir leurs propres solutions, car elles seront peut-être plus efficaces que celles qui découlent de nos modes de penser conventionnels.

Nous sommes en faveur des incitatifs financiers pour les médecins. Je trouve excellente l'idée que les médecins consacrent plus de temps aux personnes atteintes de troubles mentaux. Les services de santé mentale doivent être incorporés dans le régime de santé canadien. Nous devons supprimer la dichotomie qui existe entre la santé mentale et la santé physique, car on sait par exemple que les gens...

[Français]

— dans les maisons pour les personnes âgées, les aînés vont avoir une meilleure santé physique lorsqu'on leur donne le choix de choisir où ils s'assoient et ce qu'ils vont manger au déjeuner.

[Traduction]

Si ces choix apparemment sans conséquence ont un effet sur votre santé physique, imaginez les conséquences pour un enfant ou un adulte du fait d'être privé de ce dont il a besoin. En effet, il faut réserver des fonds exclusivement aux services de santé mentale dans l'enveloppe des soins de santé. C'est là notre position.

Permettez-moi d'aborder brièvement l'Inforoute Santé du Canada. C'est un excellent projet. Il faut cependant protéger le caractère confidentiel des renseignements. C'est un risque inhérent à toute communication électronique de renseignement. Toutefois, la création d'un portail national contenant de l'information fiable et approfondie sur les troubles mentaux, les traitements et les effets indésirables de ces traitements favorisera grandement la participation des patients à leur propre traitement et permettra d'instaurer une approche vraiment centrée sur le client.

Ms. Brenda McPherson, Provincial Coordinator, Psychiatric Patient Advocate Services: Mr. Chairman, committee members, thank you for inviting me here today. I was invited only last Wednesday, so of course, the preparation towards this presentation was done expeditiously, and my report is not available at this time but it is complete. It is right now in the final review, and will go to translation, and will be available. I will send it to the clerk electronically next week, or within the next two weeks so you will have all the data, including statistics.

As you mentioned, Mr. Chair, my role is Coordinator of the Psychiatric Patient Advocate Services for New Brunswick, which was implemented in 1994, at the same time that the New Brunswick Mental Health Act was legislated. Our primary role is to ensure that the Mental Health Act is applied consistently and appropriately across the province. It is client-focused, but it is also a balance and check procedure between health professionals, consumers, families and clients.

We have 12 psychiatric facilities in New Brunswick that we serve, one of which is the Shepody Healing Centre at Dorchester, which is a federal institution but we have a partnership with them. We also have two long-term forensic facilities, one in Campbellton and one in Saint John. The other units are also based within regional hospitals.

I have given you a copy of our Mental Health Act, and I am sure you are going to do just like me and read it on Sunday. I read committee report number one, by the way, which was 280 pages, because I was misinformed about the fact that I had to go to report number three. It was very interesting though, and I thought it enlightened me, and certainly gave me a framework to work with, which is what I am using today.

Our program is based on the following procedures. First, patients who require examination from a psychiatrist in New Brunswick must be put on a Form 1 Examination Certificate. This can be court-ordered or done via a physician. Once they get to the psychiatric facility, the psychiatrist may keep patients for up to 72 hours for examination. They can also be medicated or treated. However, psychiatrists also have the following three options: they can either discharge the patient with maybe a prescription; keep the patient for 72 hours under the Mental Health Act, and prior to the 72 hours lapsing, they can ask the patient to stay for a longer period on a voluntary basis and accept treatment; or they can apply to have the patient admitted involuntarily and they can also give the patient routine clinical medical treatment without consent. If involuntary admittance and treatment occurs, there is a tribunal hearing, at which point patients are allowed to participate. It is their right.

Mme Brenda McPherson, coordonnatrice provinciale, Psychiatric Patient Advocate Services : Monsieur le président, mesdames et messieurs du comité, merci de m'avoir invitée à participer à cette réunion. Je n'ai reçu l'invitation que mercredi dernier, si bien que j'ai dû me préparer rapidement et que mon rapport n'est pas encore prêt, bien qu'il soit terminé. Il en est à l'étape de la révision finale; il sera ensuite traduit et je pourrai vous le faire parvenir. Je l'enverrai par voie électronique à votre greffière d'ici une semaine ou deux, et vous aurez alors toutes les données, y compris les statistiques.

Comme vous l'avez mentionné, monsieur le président, je suis coordonnatrice des Services de défense des droits des patients psychiatriques du Nouveau-Brunswick. Mon poste a été créé en 1994, au moment de l'adoption de la Loi sur la santé mentale du Nouveau-Brunswick. Notre rôle primordial est d'assurer que la Loi sur la santé mentale est appliquée correctement et uniformément partout dans la province. Si mon rôle est axé sur le client, il assure également un certain équilibre entre les professionnels de la santé, les consommateurs, les patients et leurs familles.

Nous desservons 12 établissements de soins psychiatriques au Nouveau-Brunswick, dont le Centre de rétablissement Shepody au pénitencier de Dorchester, qui est un établissement fédéral avec lequel nous travaillons en partenariat. Nous avons aussi deux établissements de détention à long terme pour les délinquants atteints de maladie mentale, l'un à Campbellton et l'autre, à Saint-Jean. Les autres unités sont aussi situées dans les hôpitaux régionaux.

Je vous ai remis un exemplaire de notre Loi sur la santé mentale et je suis sûre que, tout comme moi, vous allez passer la journée de dimanche à la lire. Soit dit en passant, j'ai lui les 280 pages du premier volume de votre rapport, parce qu'on ne m'a pas indiqué qu'il fallait lire le troisième volume. Je l'ai cependant trouvé très intéressant et très instructif et cela m'a donné un canevas à partir duquel préparer mon intervention d'aujourd'hui.

Permettez-moi de vous décrire les modalités de notre programme. Dans un premier temps, on inscrit sur une formule appelée le certificat d'examen le nom des patients qui doivent être évalués par un psychiatre au Nouveau-Brunswick. Cette évaluation peut-être ordonnée par le tribunal ou par un médecin. Une fois le patient admis à l'établissement psychiatrique, le psychiatre peut le garder pendant au plus 72 heures pour procéder à l'évaluation. Le psychiatre peut également traiter le patient ou lui administrer des médicaments. Cependant, il doit choisir l'une des trois options suivantes : donner son congé au patient, après lui avoir donné, au besoin, une ordonnance; garder le patient sous observation pendant 72 heures en vertu de la Loi sur la santé mentale et, avant l'expiration de ce délai, lui demander s'il consent à suivre un traitement et à rester plus longtemps dans l'établissement; demander l'internement du patient contre le gré de ce dernier et lui administrer sans son consentement un traitement médical courant. Si le patient est interné et traité contre sa volonté, il y a audience d'un tribunal, pendant laquelle le patient peut intervenir. Il en a le droit.

They have a right to all information that is provided to the tribunal, and our role as patient advocates is to ensure that patients have access to all information. We meet with patients, we offer consults and we offer resources if possible. We also encourage them to prepare their notes, and to prepare themselves for the hearings. Some patients do not participate, and that is their own choice. Family members also participate at these hearings.

Once the hearing is over, the chairperson can act solely or fully with other members to decide whether the patient should be admitted on an involuntary basis or not. If the application for admittance is granted, it is good for upwards to 30 days. From there you can extend it to 60 days and 90 days. I will not go into the procedures. You will read the Mental Health Act. It is only that thick. There is a procedure for each step, including the appeal process. We also deal with trustees and incompetency issues as well as estate planning. In a nutshell that is what the Mental Health Act is about.

Our role as patient advocate is first, to educate and inform the public, as to what services we can provide. Also, and most importantly, our role is to be there for patients to walk them through the process, to help them, and to help them understand. It is very complicated for a patient who already feels very vulnerable to deal with a lengthy and for them very formalized, process. The process is not really formalized compared to, for example, a court system, or when you appear in front of a judge but for them, there are a lot of similarities to going in front of a judge. They seem sometimes to have this concept of being criminalized, and I think that is unfortunate. We try to work on stigmatization issues with patients, and try to help them understand but our role is not a clinical role. We are not responsible for counselling, for helping them understand their disorders and so on. That, in a nutshell, is how the program functions.

In terms of clientele, since 2001 we have seen an increase of over 500 patients in the province. In the last fiscal year, we served 1579 patients in New Brunswick. These are all patients under the Mental Health Act. It goes without saying then that this does not include patients who are there voluntarily. This statistic is very, very significant, given our demographics here in New Brunswick.

What is most significant, and what I would like to draw attention to, is the fact that 810 of these patients are between the ages of 16 and 40, and mostly between 20 and 35. I find that very alarming. Right now, we are seeing an influx of a younger generation walking into our system. I think you have identified this issue in report number one. I would really like to refer to report number three, but I cannot. I will read it though. I promise.

Le patient a droit à tous les renseignements transmis au tribunal et notre rôle, en tant que défenseur de ses droits, est de veiller à ce que le patient reçoive toute l'information. Nous rencontrons les patients, nous leur offrons des conseils et des ressources dans la mesure du possible. Nous les encourageons aussi à se préparer en vue des audiences, en rédigeant des notes. Certains patients décident de ne pas participer aux audiences; c'est leur choix. Les membres de leur famille participent aussi à ces audiences.

Une fois l'audience terminée, le président peut décider seul ou avec les autres membres si le patient doit être interné contre son gré. Si la demande d'internement est acceptée, elle est valide pendant 30 jours au maximum. Ensuite, on peut demander de prolonger la durée de l'internement à 60 jours ou à 90 jours. Je n'entrerai pas dans les détails. Vous pourrez les lire dans la *Loi sur la santé mentale*, qui n'est pas très volumineuse, comme vous le voyez. On y décrit les modalités correspondant à chaque étape, y compris la procédure d'appel. Nous nous occupons aussi des personnes sous tutelle et des personnes incapables ou qui sont déclarées incapables, de même que des cas de planification de succession. Gross modo, voilà ce dont traite la Loi sur la santé mentale.

En tant que défenseur des droits des patients, notre rôle premier consiste à sensibiliser et à informer la population au sujet de nos services. Notre rôle consiste aussi et surtout à accompagner les patients à toutes les étapes du processus, à les seconder et à les aider à comprendre. Il est très difficile pour un patient qui se sent déjà très vulnérable de s'y retrouver dans un processus très long et qui peut leur sembler très formel. En réalité, le processus n'est pas très formel si on le compare, par exemple, au système judiciaire où l'on doit comparaître devant un juge, mais pour ces personnes, la situation s'apparente beaucoup à la comparaison devant un juge. Malheureusement, elles ont parfois l'impression d'être traitées comme des criminels. Nous essayons de combattre la stigmatisation des patients et de les aider à comprendre ce qui se passe, mais notre rôle n'est pas celui d'un clinicien. Nous n'avons pas la responsabilité de conseiller les patients, de les aider à comprendre les troubles dont ils souffrent, et cetera. Voilà, en gros, comment le programme fonctionne.

En ce qui concerne notre clientèle, nous comptons 500 patients de plus qu'en 2001. Au cours du dernier exercice, nous avons offert nos services à 1 579 patients au Nouveau-Brunswick. Ce sont toutes des personnes visées par la Loi sur la santé mentale. Bien sûr, ce chiffre n'inclut pas les patients qui consentent à leur internement. Cette statistique est extrêmement révélatrice, étant donné la population du Nouveau-Brunswick.

Il convient de mentionner que 810 de ces patients ont entre 16 et 40 ans; la plupart d'entre eux ont entre 20 et 35 ans. Je trouve cela alarmant. Nous observons en ce moment un afflux de jeunes dans le système. Je crois que vous avez mentionné ce phénomène dans le premier volume de votre rapport. J'aimerais bien me reporter au troisième volume, mais c'est impossible, car je ne l'ai pas lu. Je promets cependant de le lire.

I would say that the reason we are so concerned about this is because there are a lot of issues around this population. First, the stigmatization issue is a big one. Second, the resources and services allocated for this age population is problematic as well. Income issues, housing, access to medication, and so on are certainly barriers that these individuals face.

Also, many of them are still under the care of their parents. Put yourself in the shoes or mind of a 25-year-old who is first diagnosed with bipolar disorder, and is still living with their parents. I would say you have to question their dignity, their lack of self-esteem, where they find themselves psychologically in society and how they feel, so it is very difficult working with this population.

We end up with the syndrome of the revolving door, which I think you have identified in report one, and which we see often. Unfortunately, the younger they are, the more they come back, because the younger they are, the less likely they will be to take their medication once they are out. They will use street drugs and other forms of medication, and so the more they come, the more they get sick. What we see often is a drug-induced psychosis with a 19-year-old, who, after five years, has become a full-blown schizophrenic individual, with no access to any resources because of age. The gaps are there because of the age factor phenomenon, because who will take over the responsibility and care of a 25-year-old, other than parents, when we know that, for example, there are a lot of barriers within our system with other agencies as well?

That is one of the biggest concerns in terms of our demographics. The other concerns we have are with parents and caregivers. It is the flip side of what I have just explained to you. For parents and caregivers, the privacy issue is a big barrier for them. I get phone calls on a daily basis. As coordinator, I deal mostly with management, but the patient advocates in this province get phone calls from parents saying, "How come we cannot have access to information? We do not know what is going on with our 30-year-old son. We do not know what they are doing with our son. We do not know when he is going to be discharged, or what is going to happen." All we can say is, "Try to get consent if you can." Usually these people are so sick that they do not want to give that consent. Also, it is a matter of pride and dignity again: Why would I give my parents access to this information?

For caretakers or caregivers, it is a difficult challenge because once the discharge occurs, it is almost like starting from scratch. They do not understand the illness. They feel that they have been kept out of the loop in terms of how the case management plans were dealt with, and what the results of the assessments were. That is a big issue for caregivers. If we do not empower caregivers,

Si nous sommes si préoccupés par ce phénomène, c'est à cause des problèmes particuliers qui touchent cette clientèle. Premièrement, la stigmatisation, qui est un grave problème. Deuxièmement, les ressources et services prévus pour les patients de cet âge posent problème. Ces personnes font face à différents obstacles, entre autres sur le plan du revenu, du logement et de l'accès aux médicaments.

De plus, beaucoup d'entre eux vivent encore chez leurs parents. Mettez-vous à la place d'un jeune de 25 ans qui vient de recevoir un diagnostic de trouble bipolaire et qui habite encore chez ses parents. Cela remet en cause sa dignité, il se sent dévalorisé et se demande quelle place lui revient dans la société. Il est donc très difficile de travailler avec cette clientèle.

C'est ce qui aboutit au syndrome de la porte tournante, phénomène fréquent dont vous avez fait mention dans le premier volume de votre rapport. Malheureusement, plus le patient est jeune, plus il risque d'être interné à nouveau, parce que les jeunes sont moins susceptibles de continuer à prendre leurs médicaments après avoir reçu leur congé. Ils prennent des drogues illicites et d'autres médicaments, si bien qu'ils deviennent de plus en plus malades. Voilà pourquoi nous voyons souvent des cas de psychose d'origine médicamenteuse chez des jeunes de 19 ans qui, après cinq ans, souffrent de schizophrénie caractérisée et n'ont accès à aucune ressource en raison de leur âge. Il y a des lacunes liées à l'âge des patients. Qui, outre les parents du patient de 25 ans, acceptera la responsabilité de prendre soin de ce jeune, quand on sait par exemple qu'il y a beaucoup d'obstacles à l'intérieur de notre système et dans d'autres organismes également?

Ces facteurs démographiques sont très préoccupants. Nous éprouvons aussi d'autres problèmes avec les parents et les soignants. C'est le revers de la médaille de la situation que je viens de vous décrire. Pour les parents et les soignants, la protection des renseignements personnels est un obstacle majeur. Je reçois des appels tous les jours à ce sujet. En tant que coordonnatrice, je traite surtout avec les gestionnaires, mais les défenseurs des droits des patients au Nouveau-Brunswick se font appeler par les parents qui leur disent : « Pourquoi ne pouvons-nous pas avoir accès à l'information? On ne nous dit rien au sujet de notre fils de 30 ans. Nous ne savons pas quels traitements il reçoit, ni quand il va recevoir son congé, ni ce qui va se passer ». En pareil cas, nous ne pouvons rien faire d'autre que leur conseiller d'obtenir le consentement de leur fils. Or, ces personnes sont généralement trop malades pour vouloir donner leur consentement. C'est pour elles une question de fierté et de dignité : pourquoi devrais-je permettre à mes parents d'avoir accès à ces renseignements?

Ceux qui s'occupent ou prennent soin de ces patients se trouvent aux prises avec une situation difficile parce qu'une fois que le patient a reçu son congé de l'hôpital, il faut pratiquement tout recommencer à zéro. Ils ne comprennent pas la maladie. Ils estiment qu'on les a tenus à l'écart au moment de définir le plan de traitement et qu'on ne les a pas informés des résultats de

how can we ensure the security and continuity of high quality care and services for our clientele?

One of their issues as well, is the fact that many of our caregivers or parents of these patients are literally burnt. They have been caring for these individuals since the age of 12, 13 or 14. The caregivers have gone through the justice system, they have gone through foster home systems, and so on. By the time their children are 25 and 30, and these individuals are young adults but sometimes they function at a lower level, the caregivers are literally burnt, and they have access to little or no resources. That is why I think it is important that the federal government play a role, and partner with the provincial government to enhance the services and the resources that the province has.

One of the biggest frustrations now that caregivers and clients have — these are patients as well — is that stays in the hospital are getting shorter and shorter, and we know why. This is the phenomenon of bed cuttings, and the fact that we want to free up beds as quickly as possible. That is problematic when a 22-year-old is first diagnosed with bipolar disorder, and after two weeks is let go. This bipolar individual now has to learn to manage their illness, get their medication, and educate themselves more about their illness or be part of network system, which is not easy, and which is not necessarily accessible. Again, this is a big issue. We find that the shorter stays do not necessarily benefit clients unless they have access to concrete available resources in the community.

We play a role in terms of protection of society, and protection of the individual as well. Contrary to some provinces, the Mental Health Act in New Brunswick says that the person has to be a danger to himself or others, and not only to others. I am quite proud of saying that because I find that it is a limitation when we say that the person is a danger to others only.

Finally, to conclude, I will refer to report one, page 171, and I would say that our program concurs with the committee statements that mentions, "...the 'silo philosophy' of policy planning and delivery of mental health services/supports and addictions must be addressed, through better integration, partnerships and collaboration."

My ideal goal, and what I would like to see today, is a recommendation from this committee that all psychiatric patient advocate services, whether they be patient advocate services in the formalized way, or representatives of mental health acts in other provinces, have the opportunity to sit down, share notes, and talk about what our barriers are, what their barriers are, and how we can best improve our system. That is a big weakness in our system right now. I have had the pleasure and the opportunity of meeting with the Ontario Psychiatric Patient Advocate Office, and I have also had the opportunity of talking with B.C., though we have

l'évaluation. C'est un grave problème pour les soignants. Si nous ne les aidons pas à participer, comment pourrions-nous garantir la sécurité et la continuité de services et de soins de grande qualité pour nos clients?

Un autre problème tient au fait que beaucoup des parents ou des soignants de ces patients sont littéralement épuisés. Ils prennent soin de ces personnes depuis qu'elles ont l'âge de 12, 13 ou 14 ans. Les soignants sont passés par toutes les étapes du système judiciaire, ils ont connu le système des foyers d'accueil, et cetera. Quand leurs enfants ont 25 ou 30 ans, ce sont de jeunes adultes qui sont parfois peu fonctionnels et à ce moment-là, ces soignants naturels sont totalement épuisés et ont accès à peu ou pas du tout de ressources. Voilà pourquoi j'estime que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer; il doit s'associer au gouvernement provincial pour améliorer les services et les ressources dont dispose la province.

À l'heure actuelle, l'une des plus grandes sources de frustration pour les soignants et les clients — qui sont également les patients — est que les séjours à l'hôpital ne cessent de raccourcir, et nous savons pourquoi. C'est parce qu'on a réduit le nombre de lits et qu'on veut libérer ces lits le plus vite possible. Or, cela pose problème lorsqu'un jeune de 22 ans reçoit pour la première fois un diagnostic de trouble bipolaire et qu'on lui donne son congé deux semaines plus tard. Ce jeune doit apprendre à composer avec sa maladie, se procurer ses médicaments et se renseigner sur sa maladie ou s'intégrer à un réseau, ce qui n'est pas facile, car il n'y a peut-être pas de réseau accessible. Là encore, c'est un problème de taille. À notre avis, le raccourcissement des séjours à l'hôpital ne profite pas nécessairement aux clients à moins qu'ils aient accès concrètement à des ressources dans la collectivité.

Notre rôle consiste à protéger la société et également à protéger l'individu. Contrairement aux lois d'autres provinces, la Loi sur la santé mentale du Nouveau-Brunswick stipule que la personne doit présenter un danger pour elle-même ou autrui, et pas seulement pour autrui. Je suis fier de le souligner parce que je pense qu'on limite trop la portée de la loi en stipulant que la personne doit seulement présenter un danger pour autrui.

En terminant, j'aimerais souligner que les responsables de notre programme souscrivent à la déclaration qui figure à la page 171 du premier volume de votre rapport. Vous y affirmez qu'il faut s'attaquer à l'approche compartimentée qui sévit dans le domaine de la planification des politiques et de la prestation des services de santé mentale et des services de traitement de la toxicomanie, en misant sur une meilleure intégration, des partenariats et de la collaboration.

Idéalement, j'aimerais que votre comité recommande que tous les intervenants des services de défense des droits des patients psychiatriques, qu'il s'agisse de services formels ou de services offerts en vertu des lois sur la santé mentale des autres provinces, puissent se regrouper, échanger de l'information et discuter des obstacles afin de trouver les façons de les surmonter et d'améliorer notre système. C'est là une des graves lacunes de notre système à l'heure actuelle. J'ai eu l'occasion et le plaisir de rencontrer des représentants du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques de l'Ontario et avec des

never actually had the opportunity to sit down around the same table. I think that is unfortunate, and it is something that we should certainly encourage.

Finally, I would say that our mandate under the Mental Health Act is challenging to many of our stakeholders. After all, we are dealing with individuals with severe mental disorders who are vulnerable. However, it is crucial that we are able to balance the rights of these individuals in relation to the role that we assume. It is a check and balance. Thank you so much for having me today.

The Chairman: Thank you for all your comments.

Before I turn to Senator Trenholme Counsell, can I ask all of you about an issue that Ms. McPherson raised. As we have gone across the country, we have had a variety of people raise with us this problem of how do you balance patient's privacy rights with the genuine desire of both parents and caregivers to help. It is not that they are being nosy. They want to truly help the patient, but the privacy rules prevent that. As someone pointed out to us, I am not sure it is number one, but we did make the observation that in some sense you are asking to get patient consent. The whole principle of patient consent is based on the assumption that the patient is capable of thinking through the pros and cons of consent, and in many cases patients are not capable of doing that. All three of you are out in the field. What would you have us do?

Ms. McPherson: First, when I talk with parents, I stress the importance of them sharing information. Parents feel isolated, but there is nothing that prevents them from sitting down with caretakers and health care professionals and sharing what they have observed and what they are going through. I think there is a little bit of intimidation on their part, so we want to encourage them to provide and share as much information as possible. That helps in the care plan.

In terms of the confidentiality issue, I will give you an example. I had a patient from Moncton that ended up in Quebec. I phoned Quebec, and I said, "I am calling on behalf of the Psychiatric Patient Advocate Services. We are looking at transferring a patient back to New Brunswick. Would it be possible to talk to someone about this patient?" I was categorically refused by the person in Quebec on the basis that, "I cannot even say if this patient is here or not."

Because it is a confidentiality issue and an ethical issue, we have to respect that. I do not know how we go about it. Maybe we have to look at more integrated services, and thereby work more in partnership so we can share information, and have some legislation to enable at least certain departments to work together. Also, include families in certain aspects of this sharing of information.

représentants de la Colombie-Britannique, mais nous n'avons malheureusement jamais pu nous rencontrer en personne pour discuter de ces questions. Je crois qu'il faudrait encourager de tels échanges.

Enfin, le mandat que nous confère la Loi sur la santé mentale comporte des difficultés pour beaucoup d'intervenants avec qui nous interagissons. Après tout, nous faisons affaire avec des personnes vulnérables qui souffrent de troubles mentaux graves. Cependant, nous devons absolument jouer notre rôle en tenant compte des droits de ces personnes. C'est un système de poids et contrepoids. Merci de votre attention.

Le président : Je vous remercie pour vos témoignages.

Avant de donner la parole au sénateur Trenholme Counsell, j'aimerais vous poser à tous une question au sujet d'un aspect soulevé par Mme McPherson. Dans différentes régions du pays, des témoins que nous avons entendus ont évoqué la difficulté de concilier, d'une part, le droit du patient au respect de sa vie privée et, d'autre part, le désir des parents et des soignants de les aider. Ce n'est pas que ces gens veulent se mêler de ce qui ne les regarde pas, ils veulent vraiment aider le patient, mais les règles qui s'appliquent en matière de respect de la vie privée les en empêchent. Comme quelqu'un l'a signalé, je ne sais pas si c'est le premier témoin, mais nous avons effectivement signalé qu'il faut demander le consentement du patient d'une façon quelconque. Or, le principe même de l'obtention du consentement du patient repose sur la présomption que le patient est capable de peser le pour et le contre et de donner son consentement, alors que dans bien des cas, les patients n'en sont pas capables. Vous travaillez tous les trois dans ce domaine. Que devrions-nous faire à votre avis?

Mme McPherson : Premièrement, quand je m'entretiens avec les parents, j'insiste sur l'importance de partager l'information. Les parents se sentent isolés, mais rien ne les empêche de rencontrer les fournisseurs de soins et les professionnels de la santé et de leur dire ce qu'ils ont observé et la situation qu'ils vivent. Je pense qu'ils se sentent un peu intimidés et c'est pourquoi nous voulons les encourager à fournir le plus de renseignements possible. Cela aide à élaborer le plan de soins.

Au sujet de la confidentialité, je vais vous donner un exemple. J'avais un patient de Moncton qui s'est retrouvé à Québec. J'ai téléphoné à Québec et j'ai dit : « J'appelle au nom du Service d'intervention au nom des patients des établissements psychiatriques. Nous cherchons à faire transférer un patient qui veut revenir au Nouveau-Brunswick. Serait-il possible d'en discuter avec quelqu'un? » La personne du Québec à qui je parlais m'a opposé un refus catégorique, disant : « Je ne peux même pas vous dire si ce patient est ici ou non ».

Comme c'est une question de confidentialité et une question éthique, nous devons respecter cela. J'ignore comment nous y prendre. Nous devons peut-être envisager des services davantage intégrés et donc travailler davantage en partenariat de manière à partager l'information, en plus d'avoir une législation quelconque permettant tout au moins à certains ministères de travailler ensemble. De plus, il faut englober les familles sur certains points au sujet de ce partage de l'information.

Ms. Daigle: In terms of the research that we do, when someone is at risk for suicide and they are living with their family members, a lot of times families do not have a clue about the thoughts of suicide because of the shame to tell families and so on. Sometimes when the family calls for help, we tell them, "Sorry, you have to bring him in," because we are not seeing the family. That is why we suggest first of all, if a client is refusing help, the family becomes your client. That means you will educate them, work with them, try to support them and give them some direction on how they can convince the family member to go for help or to reach out for help.

In terms of relationships between agencies, the first thing people say is, "I cannot tell you anything because of confidentiality." However, when you have someone that is at risk for suicide, and as much as I do respect confidentiality, because we have a code of ethics, what is more important? You have to let the family and other people know. I found that sometimes as caregiver, family members, or professionals, we hide behind this confidentiality. We have to start working together.

The Chairman: You certainly understand why we are frustrated.

[Translation]

Senator Pépin: When families want information about their 30-year-old son or daughter and are told: "We cannot tell you that for reasons of confidentiality", do you not think that the family has a responsibility as well? I certainly understand that the families will want to have information, because they have the responsibility as well. So, it is all very well to say that the information is confidential, but this is their responsibility as well. So how should they go about getting the information?

Mr. Daigle: Often such questions have to do with the treatment the patient is receiving. It is not so much about how the patient is doing, because there are visiting rights. There are situations where people can have some contact with the patient. A patient's interpretation is not the same as that of a professional. We often hear clients say "well, they gave me this or that drug"; and after we check, we find that the opposite is true. What the patient says is completely wrong. The client's perception is that they were given a particular drug. The patient therefore shares this information with a parent, and then the parent is confused, because he or she wonders what is going on. But parents do not have access to the file. When the patient leaves the hospital, the parent goes to the pharmacy to look for drugs and may pick two or three little brochures to find out more about the drugs. That is not really adequate in order to ensure continuing, high-quality care for the patient.

Mme Daigle : Au sujet de la recherche que nous faisons, quand quelqu'un présente un risque de suicide et habite avec des membres de sa famille, bien souvent, les membres de la famille n'ont aucune idée que la personne a des pensées suicidaires, car cette dernière à honte d'en parler à sa famille. Parfois, quand la famille appelle à l'aide, nous leur disons : « Désolés, vous devez nous l'amener », parce que nous refusons de voir les membres de la famille. C'est pourquoi nous proposons, dans les cas où le client refuse l'aide, de faire en sorte que la famille devienne le client. Cela veut dire que l'on peut alors les informer, travailler avec eux, essayer de les aider et de leur donner une orientation quant à la manière dont ils peuvent convaincre le membre de leur famille d'aller chercher de l'aide ou de demander de l'aide.

Au sujet des relations entre les organismes, la première chose que les gens disent, c'est toujours : « Je ne peux rien vous dire parce que c'est confidentiel ». Cependant, quand on est en présence d'une personne qui risque de se suicider, c'est bien beau de respecter la confidentialité, et nous le faisons, car nous avons un code d'éthique, mais qu'est-ce qui est le plus important? Il faut le faire savoir à la famille et aux autres membres de l'entourage. Je trouve que, parfois, nous, dispensateurs de soins, membres de la famille ou professionnels, invoquons le prétexte de la confidentialité. Nous devons commencer à travailler ensemble.

Le président : Vous pouvez comprendre pourquoi nous sommes exaspérés.

[Français]

Le sénateur Pépin : Lorsque des familles veulent avoir de l'information sur leur fils ou leur fille de 30 ans, et qu'on leur répond : « on ne peut pas vous le dire à cause de la confidentialité », ne trouvez-vous pas que la famille a aussi une responsabilité. Je comprends très bien la famille qui veut avoir de l'information, parce que ce sont eux qui en ont la responsabilité aussi. Alors, c'est bien beau de dire que l'information est confidentielle, mais c'est leur responsabilité aussi. Alors, comment avoir l'information?

Mme Daigle : Souvent de telles questions sont liées au traitement du patient. Ce n'est pas tellement la question de savoir comment va le patient, parce qu'il y a les droits de visites. Il y a des situations où on peut quand même avoir des contacts. L'interprétation du patient n'est pas la même que celle du professionnel. On entend souvent le client nous dire « bien là, ils m'ont donné tel ou tel médicament » puis après vérification, c'est le contraire. C'est totalement faux. La perception du client, c'est que « oui, ils m'ont donné un certain médicament. » Le patient partage donc cette information avec son parent, à ce moment là, le parent lui est confus, puis il se pose des questions pour savoir ce qui se passe. Mais le parent n'a pas accès au dossier. Lorsque le patient quitte l'hôpital, le parent va à la pharmacie chercher des médicaments et prend peut-être deux, trois petits dépliants pour se renseigner. Ce n'est vraiment pas adéquat pour pouvoir soigner et assurer une continuité des soins de qualité pour le patient.

[English]

The Chairman: At least two of us on this panel, Senator Cordy and I, have been in the position of being family caregivers in this problem. I have seldom been more frustrated in my entire life.

Senator Cordy: I agree wholeheartedly. It is so frustrating when you want to be part of the team, in helping out as a family member and you are not able to get information. My husband, at one point, went to the hospital and said that he fully understood why families gave up, which is a terrible thing to have to say. He was talking about his sister. Families give up because they are out of the loop. They are trying to help the family member and doing the best job they can and they are excluded or not given information. I could tell you some stories, but I will not. Does this happen? Does it happen that family members say, "Enough"?

Ms. McPherson: I will come back to the 16 to 40 age group that I talked about. Many of these individuals will end up on the streets without any resources, housing, or income security. If you are an individual with an illness, first, as an individual adult you will be limited in terms of the money you will get for income assistance. You cannot really subsist on \$290 or \$300 a month.

Many of them do not understand the bureaucratic nature of going on long term disability, LTD, and that is another old issue. How do we simplify it? How do we make it available for patients? I can see how cumbersome it is for doctors as well. Doctors have to fill out all these reports. They already have a caseload of 200 to 300 patients and here we are trying to push for LTD, so that these people at least have some quality of life. That is another barrier. Yes, let us push for more independence and community integration, but at the same time how can we best facilitate access to these types of services such as LTD, and help them live independently?

Senator Cordy: We heard a story from a father in Newfoundland who said — I do not know if it was LTD or Canada Pension — his adult son would not sign the papers, and the government would not accept the application because the son was over 18. He had to sign the papers, not the parents, which then added another financial responsibility and burden to the family.

Mr. Galarneau: I think access and sharing of information between professionals is easier to solve. The concept of "need to know" is crucial there. At CSC, there is plenty of information available to everyone. The "need to know" drives this.

When it comes to sharing information with families, it is harder to define the "need to know." The information may be misrepresented, but certainly we need to look at how ashamed people are just to talk about it, and the lack of information in families. Addressing this will help.

[Traduction]

Le président : Au moins deux membres du groupe, le sénateur Cordy et moi-même, avons vécu cette situation à titre de membres d'une famille dispensateur de soins. J'ai rarement été davantage frustré dans toute ma vie.

Le sénateur Cordy : Je suis entièrement d'accord. C'est tellement frustrant quand on veut faire partie de l'équipe, aider un membre de la famille et qu'on n'arrive pas à obtenir l'information voulue. À un moment donné, mon mari est allé à l'hôpital et a dit qu'il comprenait tout à fait pourquoi les familles renonçaient, ce qui est une chose épouvantable à dire. Il parlait de sa sœur. Les familles renoncent parce qu'elles sont laissées à l'écart. Les gens essaient d'aider le membre de leur famille et font de leur mieux, mais on les exclut ou bien on les laisse dans le noir. Je pourrais vous raconter des histoires, mais je vais m'abstenir. Cela arrive-t-il? Vous arrive-t-il d'entendre des membres de la famille dire : « Assez! »?

Mme McPherson : J'en reviens au groupe des 16 à 40 ans que j'ai évoqué. Beaucoup de ces gens-là se retrouvent dans la rue sans ressources, sans logement, sans sécurité du revenu. Une personne adulte frappée par la maladie reçoit un montant limité en termes d'aide au revenu. On ne peut pas vraiment vivre avec 290 \$ ou 300 \$ par mois.

Beaucoup d'entre eux ne comprennent pas la nature bureaucratique de l'ILD, l'invalidité de longue durée, et c'est un autre problème de longue date. Comment simplifier cela? Comment faire pour que ce soit accessible aux patients? Je peux comprendre à quel point c'est lourd également pour les médecins. Ils doivent remplir une foule de rapports. Ils ont déjà une clientèle de 200 ou 300 patients et ils essaient d'obtenir l'ILD pour que ces gens-là aient au moins une certaine qualité de vie. C'est un autre obstacle. Oui, réclamons une plus grande indépendance et une meilleure intégration communautaire, mais en même temps, comment faire pour faciliter l'accès aux services comme l'ILD et pour les aider à vivre de manière indépendante?

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu un père de Terre-Neuve nous raconter son histoire. J'ignore s'il s'agissait de l'ILD ou du Régime de pensions du Canada, mais son fils adulte refusait de signer des documents et le gouvernement refusait d'accepter la demande parce que le fils en question avait plus de 18 ans. C'est lui qui devait signer les documents, pas les parents, ce qui ajoutait encore une autre responsabilité financière à la famille.

M. Galarneau : Je pense que l'accès et le partage de l'information entre professionnels est facile à résoudre. Le concept du « besoin de savoir » est crucial. Au SCC, chacun peut obtenir plein de renseignements. Tout est fonction du « besoin de savoir ».

Pour ce qui est de partager l'information avec les familles, c'est alors plus difficile de définir le « besoin de savoir ». Les renseignements communiqués peuvent être faussés, mais il est certain que nous devons nous pencher sur le problème de la honte que les gens ressentent d'en parler et sur le manque d'information dans les familles. Cela aiderait de surmonter ce problème.

Senator Trenholme Counsell: I think we have had brilliant presentations this afternoon. Mind you I am a little biased, but I think they are probably the best we have had.

I am interested in children and youth. I have not raised this issue as much in this committee as I do sometimes in other places.

Ms. Daigle, with regard to youth suicide, I suspect you have seven or eight under 20 years of age. I was here during the period when, in one of our secondary schools, we had three in a row over a period of less than two years. I also heard one of you mention the very high percentage, I think it was 75 per cent or higher, of suicides have co-morbidity, and serious mental illness either diagnosed or not diagnosed. In young people, let us say under 20, does that still hold? I know, especially listening to Ms. McPherson, that the diagnosis is coming earlier and earlier, and that is why the numbers are going up. We are recognizing the early signs and making the diagnosis, and of course that is good. The whole other issue is drugs, et cetera. However, tell me about the under-20s in this year, because this year does not represent the year of which I am speaking, and I think you all know what I am talking about.

Ms. Daigle: Normally in New Brunswick we have an average of about seven or eight youths under the age of 18 years old that die of a suicide.

Senator Trenholme Counsell: Is that per year?

Ms. Daigle: That is per year on average. However, if you look at the suicide attempts amongst these youths, it is sky-high for a lot of reasons. To come back to the report, of the 102 cases that we studied, about 60 per cent were either sexually, physically and/or emotionally abused by the age of six to 18 years old.

Senator Trenholme Counsell: Is that in this particular year of this study?

Ms. Daigle: Yes, the number that were seen or diagnosed, or that prevention was done during that time was not very high. There is this thing with youth that it is normal for them to behave this way. It seems that we are afraid to make a diagnosis with youth. That is why we need to do a lot of education and prevention. We need to give them tools to become more resilient. If you look at all these youth, or all these people that die by suicide, if you look at the risk factors versus the protective factors, they all have the risk factors and hardly any protective factors.

Senator Trenholme Counsell: By risk factors, are you talking about sexual and emotional abuse.

Ms. Daigle: I mean sexual abuse, emotional abuse and family problems.

Senator Trenholme Counsell: A latent diagnosis of a bipolar —

Le sénateur Trenholme Counsell : Je pense que nous avons entendu cet après-midi de brillants exposés. Il est vrai que je suis quelque peu partielle, mais je pense que c'était probablement les meilleurs que nous ayons entendus.

Je m'intéresse aux enfants et aux adolescents. Je n'ai pas soulevé cette question devant le comité autant que j'ai l'habitude de le faire ailleurs.

Madame Daigle, au sujet du suicide chez les jeunes, je soupçonne que vous en avez sept ou huit de moins de 20 ans. J'étais présente lorsque, dans l'une de nos écoles secondaires, nous en avons eu trois de suite en une période de moins de deux ans. J'ai également entendu l'un de vous dire qu'un pourcentage très élevé, je pense que c'était 75 p. 100 ou plus, des suicidés ont une comorbidité et une grave maladie mentale, qu'elle soit diagnostiquée ou pas. Parmi les adolescents, disons les jeunes de moins de 20 ans, cela demeure-t-il vrai? Je sais, surtout après avoir écouté Mme McPherson, que le diagnostic est posé de plus en plus précocement et c'est pourquoi les chiffres augmentent. Nous reconnaissons les premiers symptômes et nous posons le diagnostic et bien sûr c'est une bonne chose. Par ailleurs, il y a toute la question des drogues. Je voudrais toutefois que vous me parliez des moins de 20 ans pour cette année, car cette année-ci ne représente pas l'année dont je parle, et je pense que vous savez tous à quoi je fais allusion.

Mme Daigle : Normalement, au Nouveau-Brunswick, nous avons en moyenne sept ou huit jeunes de moins de 18 ans qui meurent par suicide.

Le sénateur Trenholme Counsell : Par année?

Mme Daigle : Par année, en moyenne. Cependant, si l'on examine le nombre de tentatives de suicide parmi ces jeunes-là, le chiffre est astronomique, pour une foule de raisons. Pour revenir au rapport, des 102 cas que nous avons étudiés, environ 60 p. 100 avaient subi des agressions sexuelles, physiques ou psychologiques entre 6 et 18 ans.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous voulez dire pour l'année particulièrement visée par l'étude?

Mme Daigle : Oui, le nombre de jeunes qui ont été vus ou diagnostiqués ou qui ont fait l'objet de prévention pendant cette période n'était pas très élevé. On semble croire que c'est chose normale pour les jeunes de se comporter de cette manière. On dirait que nous avons peur de poser un diagnostic chez les jeunes. C'est pourquoi nous devons faire beaucoup d'éducation et de prévention. Nous devons leur donner des outils pour être capables de rebondir. Si l'on se penche sur l'ensemble de ces jeunes ou de tous les gens qui meurent par suicide, si l'on examine les facteurs de risque et les facteurs de protection, on constate qu'ils ont tous les facteurs de risque et pratiquement aucun facteur de protection.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quand vous dites facteurs de risque, voulez-vous parler d'agression sexuelle et psychologique?

Mme Daigle : Je veux dire agression sexuelle, agression psychologique et problèmes familiaux.

Le sénateur Trenholme Counsell : Un diagnostic latent de trouble bipolaire...

Ms. Daigle: That is right: Family history of either suicide attempt, mental illness or anything that can make them prone to risk, versus the protective factors. As human beings, we all go through stress in life, but we have good support, good coping skills, and self-esteem. A lot of these youths, or these people, were not taught any of these skills — self-esteem, coping skills, or how to behave or to react, because all they saw, while they were growing up, was if mom was upset, or if mom lost her job that she would drink, or dad would beat mom, or mom would attempt suicide, or something.

If we do not break that pattern, or if we do not give them the tools while they are young to become more resilient, it is pretty hard to save someone after they are 20 and they have had the baggage since they were six years old. One gentleman that we talked to saw both his parents kill themselves when he was 13 years old. He was left with no protecting factors, no family support, with nothing. We have to give more tools, coping skills, to our youth on how to deal with issues, stress, anger and I could go on and on because I am very passionate.

Ms. McPherson: I would like to comment, maybe just in the same vein as Ms. Daigle, what I am seeing in the hospitals with the 16 to 25 age group, or I would say 30 is a young age today.

I have an 18-year-old, and she is in her prime. As much as Ms. Daigle talks about the risks factors — we see that too — but more and more we are seeing not only dysfunctional families but a lot of functional families too, but the genetics might be there.

What I find unfortunate is that our youth are getting less and less skilled at managing stress and less and less skilled at coping with life stressors, and there are many more life stressors. You turn on the TV and all you see is war. There is the media and there are the games but I think our youth are turning more to other types of solutions such as drugs and alcohol rather than finding other skills to manage with life. Because they are already predisposed — we all have genes — the more stress they face, the more they are likely to end up with a mental illness.

We talk about prevention being important, but it is also important to look at how we get the youth involved in other activities in looking at their future. How best do we encourage them to look at future endeavours, and get them encouraged and motivated? That is lacking. People that end up in the hospital are often predisposed, but they do not know how to cope with life. Whether they come from a functional or a dysfunctional family does not matter. It is life. It is the reality.

Mme Daigle : C'est bien cela : antécédents familiaux de tentative de suicide, de troubles mentaux ou de tout ce qui constitue un facteur de risque, par opposition aux facteurs de protection. En tant qu'êtres humains, nous subissons tous un stress dans la vie, mais nous avons un bon soutien, de bonnes habiletés d'adaptation, et l'estime de soi. Bien souvent, on n'a jamais inculqué à ces jeunes aucune de ces habiletés — l'estime de soi, les habiletés d'adaptation, comment se comporter ou réagir, parce que tout ce qu'ils ont jamais vu pendant leur enfance, quand maman était en colère ou quand maman perdait son emploi, c'est qu'elle se mettait à boire, ou bien que papa battait maman, ou bien maman faisait une tentative de suicide, ou quelque chose du genre.

Si nous ne brisons pas ce cycle, ou si nous ne leur donnons pas pendant qu'ils sont encore jeunes les outils qui leur permettront de renforcer leur résistance, c'est assez difficile de sauver quelqu'un quand il a atteint l'âge de 20 ans et qu'il accumule ce lourd bagage depuis l'âge de six ans. Un monsieur à qui nous avons parlé a vu ses deux parents se tuer quand il avait 13 ans. Il s'est retrouvé sans aucun facteur de protection, sans soutien familial, sans rien. Nous devons leur donner plus d'outils, des habiletés d'adaptation, apprendre à nos jeunes comment composer avec les problèmes, le stress, la colère, et je pourrais continuer pendant longtemps parce que cela me passionne beaucoup.

Mme McPherson : Je voudrais faire un commentaire peut-être dans la même veine que celui de Mme Daigle, au sujet de ce que je vois dans les hôpitaux parmi le groupe d'âge des 16 à 25 ans, je dirais même 30 ans qui est encore un jeune âge de nos jours.

J'ai une adolescente de 18 ans et elle est dans ses meilleures années. Autant Mme Daigle parle des facteurs de risque, et nous le constatons nous aussi, autant nous voyons de plus en plus non seulement de familles dysfonctionnelles, mais aussi beaucoup de familles tout à fait fonctionnelles, mais il faut tenir compte de l'hérédité.

Ce que je trouve regrettable, c'est que nos jeunes sont de moins en moins compétents pour affronter le stress et de moins en moins équipés pour composer avec les éléments de stress dans la vie, et il y en a beaucoup plus de nos jours. Dès qu'on allume la télé, on ne voit que la guerre. Il y a les médias et il y a les jeux vidéo, mais je pense que nos jeunes se tournent davantage vers d'autres types de solutions comme la drogue et l'alcool, au lieu de trouver d'autres habiletés pour s'en sortir dans la vie. Parce qu'ils sont déjà prédisposés — nous avons tous des gènes —, plus ils sont confrontés à du stress, plus ils ont de chance de se retrouver avec des troubles mentaux.

On dit que la prévention est importante, mais il est également important de voir comment l'on peut amener les jeunes à se tourner vers d'autres activités pour envisager leur avenir. Quel est le meilleur moyen de les encourager à envisager de futures entreprises, de les motiver? Voilà ce qui manque. Les gens qui se retrouvent à l'hôpital sont souvent prédisposés, mais ils ne savent pas comment composer avec les aléas de la vie. Peu importe qu'ils viennent d'une famille fonctionnelle ou dysfonctionnelle. C'est la vie. C'est la réalité.

Senator Trenholme Counsell: Mr. Chairman, I hope all this is being recorded, and I hope we will have a big section on youth, because to me that is the priority. To try and —

The Chairman: Catch it early?

Senator Trenholme Counsell: What we have learned today is so excellent. I want to say to my colleagues, it is a great privilege, and a great source of hope to go to the Shepody Healing Centre. I had invited the Atlantic Senators, many of whom are here, to come to the centre, and we did not. One or two senators were able, but we will still try to make that visit. I have been privileged to be there, and share in some of their activities. It is a phenomenal experience. I congratulate you, Mr. Galarneau, and thank you for being here.

You did not mention the whole issue of learning disabilities, attention deficit hyperactivity disorder, learning disabilities and literacy, or anything about education. Could you give a figure on the number who may have learning disabilities or a diagnosis of ADHD in your population?

Mr. Galarneau: I do not specifically know about the numbers for learning disabilities. I could give you a rough estimate and tell you that anywhere from 15 per cent to 25 per cent of inmates have serious learning disabilities. We know that 60 per cent of offenders have below a grade-eight level of education so there is a great need there to address also.

Senator Trenholme Counsell: In conclusion, these have been three outstanding reports, and I am impressed by the thoroughness and honesty. I think it is remarkable that under the name of the Government of New Brunswick you have pointed out the deficiencies in terms of providing services. It is remarkable and so comprehensive. On page 26 of Ms. Daigle's submission — Interventions Received, Interventions Required — this is pretty honest. I would like to thank you, madam, and the government for this document.

Senator Cochrane: My question is for either one of our panel members. Early intervention and detection, you already said, and we know — we have heard it from many — is really important because if these needs are not met the children have this feeling inside, but it is not just a feeling. Everyday it gets worse, and in the end probably they go out and offend, and then what happens? How does society feel about them then? They do not want to live near them. They lock their doors if they come around. My question is, do you think there is a need for education of this problem before it happens, within the school system? Does your organization have any communication with teachers, principals, or superintendents within the school system that could address this problem, and have they addressed this problem?

Le sénateur Trenholme Counsell : Monsieur le président, j'espère que tout cela est enregistré et j'espère que nous consacrerons beaucoup de temps aux jeunes, parce qu'à mes yeux, c'est la priorité. Essayez de...

Le président : De déceler précocement?

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce que nous avons appris aujourd'hui est tellement excellent. Je veux dire à mes collègues que c'est un grand privilège et une grande source d'espoir d'aller au Shepody Healing Centre. J'avais invité les sénateurs de l'Atlantique, dont beaucoup sont ici, à venir au Centre, et nous ne l'avons pas fait. Un ou deux sénateurs ont pu s'y rendre, mais nous reviendrons à la charge et tenterons de faire cette visite. J'ai eu le privilège d'y aller et de participer à certaines activités. C'est une expérience extraordinaire. Je vous félicite, monsieur Galarneau, et je vous remercie d'être ici.

Vous n'avez pas dit un mot de toute la question des difficultés d'apprentissage, de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, de la corrélation entre les troubles d'apprentissage et la littératie, ou de tout ce qui concerne l'éducation. Pouvez-vous donner un chiffre quant au nombre de jeunes qui souffrent peut-être de difficultés d'apprentissage ou du THADA dans votre population?

M. Galarneau : Je ne connais pas exactement les chiffres pour ce qui est des troubles d'apprentissage. Je pourrais vous donner une approximation et vous dire qu'entre 15 p. 100 et 25 p. 100 des détenus souffrent de graves troubles d'apprentissage. Nous savons que 60 p. 100 des délinquants ont une scolarité inférieure à la huitième année et il y a donc d'énormes besoins à combler de ce côté-là aussi.

Le sénateur Trenholme Counsell : En conclusion, nous avons reçu trois excellents rapports et je suis impressionnée par l'honnêteté et la méticulosité. Je trouve que c'est remarquable qu'au nom du gouvernement du Nouveau-Brunswick, vous ayez signalé les lacunes dans la prestation des services. C'est remarquable et tellement complet. À la page 26 du mémoire de Mme Daigle, à la rubrique Interventions reçues, Interventions requises, c'est d'une grande franchise. Je voudrais vous remercier madame, ainsi que le gouvernement pour ce document.

Le sénateur Cochrane : Ma question s'adresse à l'un ou l'autre des membres du groupe. L'intervention et la détection précoces, comme vous l'avez déjà dit et comme nous le savons — beaucoup nous l'ont dit — sont vraiment importantes parce que si l'on ne répond pas à leurs besoins, les enfants ressentent profondément un sentiment, mais ce n'est pas seulement un sentiment. Chaque jour, cela empire et, en fin de compte, il y a probabilité qu'ils passent à l'acte et commettent une infraction, et qu'arrive-t-il alors? Qu'est-ce que la société pense d'eux à ce moment-là? Plus personne ne veut les côtoyer. Les gens verrouillent leurs portes à leur approche. Ma question est celle-ci : Pensez-vous qu'il y ait un besoin d'éducation pour conscientiser les gens à ce problème avant qu'il surgisse, même dans le système scolaire? Votre organisation communique-t-elle avec les enseignants, les directeurs d'école ou les surintendants du système scolaire qui pourraient s'attaquer à ce problème, et s'y sont-ils attaqués?

Ms. Daigle: In New Brunswick we are doing some training in terms of the suicide intervention. The English system has something in the curriculum that talks about suicide prevention. The French sector has a program that starts as early as kindergarten about self-esteem, there is a program about sexual abuse and so forth. We have some teachers that are trained. We are trying to get educators to know more about specific issues that youth face these days. In some of our regions, we have what we call our community suicide prevention committees. These committees are composed of all different stakeholders: government, non-government, and family members. They work together to prepare materials to educate each other.

A program developed in the Grand Falls Region is called The Link. It is to train teachers in the school and the principal as well on how to recognize signs of depression, suicidal youth or at-risk youth, and where to go for help. All teachers get this training, and they have a card on their door. Youth, as well, receive that training so they know that if they see that little card on the teacher's door, they can go and talk to that teacher. After the first year, they did an evaluation to see if the program was working. About 70 per cent of youth in the one year reach out for help, even just to ask a question. They might not have been at risk, but just looking for help or making sure they were on the right track.

From that region, the program is spreading out around the province in the school system. It is now being applied to men in some places of work because, as we know, men die by suicide more, and they do not reach out for help. That program started with youth, but is growing to include men. We have to work together. We need to have this willingness amongst all the stakeholder key partners.

As well, we have to educate people about stigma because mental illness and suicide are still not talked about. There are some schools and places of work where we have problems doing any prevention so we have to work together.

Senator Trenholme Counsell: Are you saying that some teachers are not onboard?

Ms. Daigle: Yes, some are not, but the ones that are onboard have become champions almost. If others see that, "Okay, this is not too bad and not taking too much of my time, or that is making a difference," slowly you change the attitude or you see things changing, but that takes a long time. We have to be patient.

[Translation]

Mr. Galarneau: I would add that it is very important to train teachers to detect cases of suicide and mental health problems.

Mme Daigle : Au Nouveau-Brunswick, nous faisons de la formation pour la prévention du suicide. Dans le réseau de langue anglaise, le programme scolaire comporte un module sur la prévention du suicide. Le secteur français a un programme qui commence dès la maternelle pour inculquer l'estime de soi, il y a aussi un programme sur l'agression sexuelle, et cetera. Nous avons certains enseignants qui ont reçu une formation. Nous essayons d'amener les enseignants à en connaître plus sur les problèmes précis auxquels les jeunes sont confrontés de nos jours. Dans certaines de nos régions, nous avons ce que nous appelons des comités communautaires de prévention du suicide. Ces comités sont composés d'intervenants de tous les milieux : gouvernemental, non gouvernemental, et membres de la famille. Tous travaillent ensemble pour élaborer des documents pour se former mutuellement.

Un programme élaboré dans la région de Grand-Sault s'appelle The Link. Il vise à former les enseignants et les directeurs d'école pour les aider à déceler les signes précoces de dépression, de pensées suicidaires ou de risque chez les jeunes et on leur explique où s'adresser pour obtenir de l'aide. Tous les enseignants suivent cette formation et ils ont un carton sur leur porte. Les jeunes reçoivent également cette formation et savent donc que, quand ils voient ce petit carton sur la porte d'un professeur, ils peuvent s'adresser en toute confiance à ce professeur. Après la première année, on a fait une évaluation de l'efficacité du programme. Environ 70 p. 100 des jeunes au cours de l'année en question ont demandé de l'aide, ne serait-ce que pour poser une question. Ils n'étaient peut-être pas à risque, mais cherchaient simplement de l'aide ou voulaient s'assurer qu'ils étaient sur la bonne voie.

À partir de cette région, le programme se répand dans l'ensemble de la province dans le réseau scolaire. On l'applique maintenant aux hommes dans certains lieux de travail parce que, comme nous le savons, les hommes sont plus nombreux à se suicider et ils ne demandent pas d'aide. Ce programme a commencé chez les jeunes et on l'applique maintenant aux adultes. Nous devons travailler ensemble. Nous devons être animés de cette volonté parmi tous les intervenants et les partenaires clés.

En outre, il faut informer les gens au sujet du stigmate car on ne parle toujours pas de la maladie mentale et du suicide. Nous devons travailler ensemble car il y a des écoles et des lieux de travail où nous avons du mal à faire de la prévention.

Le sénateur Trenholme Counsell : Est-ce que vous voulez dire qu'il y a des enseignants qui ne veulent pas vous aider?

Mme Daigle : Oui, il y en a, mais ceux qui nous aident sont presque des champions. Leur exemple montrera aux autres que ce n'est pas si mal, que ça ne prend pas tellement de temps et que c'est réellement efficace. C'est ainsi que les attitudes et les choses changent, mais cela prend du temps. Il faut être patient.

[Français]

M. Galarneau : J'ajouterais que c'est très important de former les enseignants pour détecter le suicide et les troubles mentaux.

[English]

It is very important as well to involve the student from a certain age. This is how we actively attack stigma, when in class they can have a discussion about, "What is a depression? How does it manifest itself? What is poor self-esteem?" We know there are programs such as these, but I think the discussions need to be more in-depth and more frank. This is how we will demystify and de-stigmatize mental disorders. In school there must be discussion among students. They must learn to recognize who is unhappy among their peers, and what is happening; neglect or whatever.

Senator Cook: Ms. Daigle, I read your recommendations with interest. When did you table them with your government? How many of them are being implemented? Where are you with that? Then I will go further. When you say you are making the following recommendations for the federal government, I am looking at process and timelines, because recommendations will become a part of our report.

You are in a unique position. You have reported to your government that commissioned you. Where are you with implementing the recommendations?

Ms. Daigle: This report was only tabled last week so this is fresh from the press.

The Chairman: They have not implemented it yet?

Ms. Daigle: When we were doing the research, we started to see some issues over and over, so we had already started some work back then. For example, for some of the recommendations to implement protocol amongst agencies, such as Addictions Services and Mental Health, the draft work has been done. Already, some meetings have been set up with both Addictions Services and Mental Health to establish working groups.

Broader working groups will be established that involve family members as well for someone that has been having problems with mental illness or addiction problems. Some of them have already started. I do not remember all of them by heart. I read that so many times, I do not know why I do not remember them. However, from what the minister said at the press conference last week, all the recommendations will be in place.

Senator Cook: You are comfortable that it is work in progress.

Ms. Daigle: Yes I am.

Senator Cook: When you commenced the report, you found that there was work in progress, that there was nothing new under the sun. You seemed to bring it together to say —

Ms. Daigle: Yes, that is right. We are proud to say that, yes, we are going to work towards that. We have to switch our thinking or the way we work so we might not see progress or changes

[Traduction]

Il est également très important de mobiliser les étudiants d'un certain âge. C'est ainsi que nous pouvons activement lutter contre le stigmate, en ayant des discussions en classe sur ce qui est la dépression, sur ce qu'est une pauvre estime de soi. Nous savons qu'il y a des programmes comme ceux-là, mais je pense que les discussions doivent être plus approfondies et plus franches. C'est ainsi que nous allons démystifier et déstigmatiser les troubles mentaux. Dans les écoles, il doit y avoir des discussions entre étudiants. Ils doivent apprendre à reconnaître ceux d'entre eux qui sont malheureux, ce qui leur arrive, que ce soit un cas de négligence ou d'autre chose.

Le sénateur Cook : Madame Daigle, j'ai lu vos recommandations avec intérêt. Quand les avez-vous remises à votre gouvernement? Combien d'entre elles ont été mises en œuvre? Où en êtes-vous à ce chapitre? Puis j'aimerais aller plus loin. Lorsque vous dites que vous formulez ces recommandations à l'intention du gouvernement fédéral, je m'interroge sur le processus et l'échéancier, car des recommandations feront partie de notre rapport.

Vous êtes très bien placée. Vous avez présenté à votre gouvernement un rapport qu'il vous avait commandé. Vos recommandations ont-elles été mises en œuvre?

Mme Daigle : Ce rapport a été déposé la semaine dernière seulement, alors l'encre a à peine eu le temps de sécher.

Le président : Il n'a pas encore été mis en œuvre?

Mme Daigle : Pendant que nous faisons la recherche, nous avons commencé à constater que certaines questions revenaient constamment de sorte que nous avions déjà commencé à faire certaines choses à ce moment-là. Par exemple, on a déjà fait les travaux préliminaires pour donner suite aux recommandations visant l'adoption de protocoles entre organismes, tels que les services de toxicomanie et les services de santé mentale. Déjà, des rencontres ont été organisées avec les services de toxicomanie et les services de santé mentale pour créer des groupes de travail.

Nous allons également créer des groupes de travail plus nombreux auxquels participeront les membres des familles ainsi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Certains de ces groupes existent déjà. Je ne connais pas la liste complète par cœur. Je l'ai lue tellement souvent, je devrais pourtant la connaître. Toutefois, d'après ce que le ministre disait en conférence de presse la semaine dernière, toutes les recommandations seront mises en œuvre.

Le sénateur Cook : Vous êtes convaincue qu'on donnera suite à vos recommandations.

Mme Daigle : Oui.

Le sénateur Cook : Lorsque vous avez commencé le rapport, vous avez constaté qu'il y avait déjà des travaux en cours, qu'il n'y avait rien de nouveau sous le soleil. Vous avez semblé vouloir les rassembler pour dire...

Mme Daigle : Oui, c'est exact. Nous sommes fiers de dire que c'est notre objectif. Nous devons changer notre façon de penser ou de travailler et cesser d'espérer des progrès ou des changements

tomorrow, but we have to start somewhere and work towards that. I know that there have been new positions created, or new programs that will be in place because of the report.

Senator Cook: My next question is for Mr. Galarneau. I come from Newfoundland — this is anecdotal on my part — and most of our people who have been sentenced come either to Springhill or to New Brunswick. Newfoundland and Labrador does not have facilities now. Notwithstanding that these individuals have been convicted of a crime or a misdemeanour, do you see the separation from family and not having their support as a factor in your work?

Mr. Galarneau: Absolutely. Family support is an essential part of somebody returning to the community. Having somebody deported from their own province does not make things easy. It is an issue indeed.

Senator Cook: At least my province and maybe others have gone into partnership with another province to supply this service. I have heard too that in the community of Springhill, there is a support group geared to looking after such a client population. Have you heard of that, and does that work?

Mr. Galarneau: No, I have not heard that.

Senator Cook: It is volunteer. Families in Springhill visit people from out of province and become like their family away from home, a support group.

Mr. Galarneau: I am not aware of that. It is possible. I can tell you that in the village of Dorchester, there is a house that receives the families of inmates who want to visit, and they can stay there for \$5 or \$10 a night, and it can actually be free.

Senator Cook: Then we face transportation for them. I heard at Christmas time there was a family who actually supplied funding for families to travel, which I think is commendable and worth looking at.

Ms. McPherson, you say we need partnerships across the spectrum, with respect to privacy. We all struggle with that. Do you have any innovative thinking-outside-the-box solution that would help us, because we have to solve the problem, and offer up an option?

Ms. McPherson: One of the privileges I have had was to attend Insight Information on the Personal Information Protection and Electronic Documents Act, PIPEDA. It is the federal privacy information act that was implemented on January 1, 2004. I attended that conference, and I understand where the act is coming from. It is mostly geared towards the private sector.

I think legislation is a big piece, and it should be legislated provincially in terms of having control over the sharing of information. It would be hard to do it at a federal or national level, but some mechanisms are in place and certain provinces, I think, do have legislation for sharing information between health professionals. We have in place a mechanism by which certain

du jour au lendemain mais plutôt commencer quelque part et viser cet objectif. Je sais que de nouveaux postes ont été créés suite à notre rapport.

Le sénateur Cook : Ma prochaine question s'adresse à M. Galarneau. Je viens de Terre-Neuve et la plupart des gens de ma province qui sont condamnés sont envoyés soit à Springhill ou au Nouveau-Brunswick — d'après l'information anecdotique dont je dispose. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'installations à Terre-Neuve-et-Labrador. Même si ces personnes ont été reconnues coupables d'un crime ou d'un délit mineur, pensez-vous que le fait d'être séparées de leur famille et d'être privées de leur appui est un facteur dans le travail que vous faites?

M. Galarneau : Absolument. Le soutien familial est essentiel pour quelqu'un qui doit retourner dans la collectivité. Cela ne facilite pas les choses que quelqu'un soit déporté de sa propre province. C'est effectivement un problème.

Le sénateur Cook : Dans ma province et peut-être dans d'autres, on a établi un partenariat avec une autre province qui offre ce service. J'ai entendu dire également qu'il y a à Springhill un groupe de soutien chargé de s'occuper de cette clientèle. En avez-vous entendu parler, comment est-ce que cela fonctionne?

M. Galarneau : Non, je n'en ai pas entendu parler.

Le sénateur Cook : Il s'agit de bénévoles. Des familles de Springhill qui rendent visite aux personnes provenant d'une autre province et qui deviennent en quelque sorte une seconde famille, un groupe de soutien.

M. Galarneau : Je n'étais pas au courant de cela. C'est possible. Je peux vous dire que dans le village de Dorchester, il y a une maison qui accueille les familles de détenus qui veulent rendre visite à leurs proches et qui peuvent payer la modique somme de cinq ou dix dollars la nuit, ou même séjourner gratuitement.

Le sénateur Cook : Cela pose le problème du transport. Dans le temps de Noël, j'ai entendu parler d'une famille qui donnait de l'argent aux familles de détenus qui voulaient faire le voyage, ce que je trouve louable et c'est quelque chose qu'il faudrait peut-être examiner.

Madame McPherson, vous dites qu'il nous faut des partenariats à tous les niveaux, en ce qui concerne la protection de la vie privée. C'est un problème pour nous. Avez-vous des solutions originales qui pourraient nous aider, pouvez-vous nous offrir une option, car nous devons résoudre ce problème?

Mme McPherson : J'ai eu le privilège de participer à une séance d'information sur la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Il s'agit de la loi fédérale qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. J'ai participé à cette conférence, et je comprends pourquoi cette loi a été adoptée. Elle s'adresse surtout au secteur privé.

Je pense que la loi est importante et que les provinces devraient également légiférer afin de s'assurer le contrôle sur l'information partagée. Il serait difficile de faire cela au niveau fédéral ou national, mais il existe des mécanismes, et je crois que certaines provinces ont des lois régissant le partage d'information entre professionnels de la santé. Nous avons un mécanisme qui permet

health professionals can share information. Education is excluded, but at least within the health sector there can be sharing.

The problem is not between the professionals, and again I come back to the issue I raised. The problem is for caregivers of individuals aged 16 and over. In our province, social services only serve individuals from zero to 16, whereas in Quebec it is 18. One of the things that could be done in the province is to raise the age of eligibility for services, and therefore have more access to services for a certain population. That has always been debated, and it has always been raised or flagged.

In terms of parents having information, health professionals need to be more informed about how they need to play an active role in getting consent from patients. It is a matter of signing your name on a piece of paper and saying, "Yes, it is okay for my doctor to talk with my parents." I think we tend to overdramatize the issue of consent, and we should stop doing that. Health care professionals need to understand the importance of that. Maybe we need to open up that door, and ask, How can we best educate our health professionals to make them understand, and make them more aware that ethically, this is not damaging to them as professionals, but it is damaging to their clients if they do not? It is a balance, and maybe we need to open up that issue with the colleges of physicians and surgeons and with professional associations and look at how best we can ethically meet the requirements of the caretakers, and at the same time protect the integrity of the professionals. The resistance is not because they do not want to do it; the resistance is because they cannot do it.

It is twofold. I would say, one, educate our health professionals as to the importance of getting consent, because I think it is called "la loi de français." I do not think they are doing it, and they are not looking at doing it. I think they are sticking to the, "I cannot do it and that is it." That is a little bit too vulgar as an answer. I think we have to open up that door for doctors to say, "Let me look at this. Let me talk with your son, or your daughter, or your mother. Let me try to help this process." Have doctors say this rather than, "No, I cannot because I am bound by ethics."

[Translation]

Senator Pépin: When we listen to you, Mr. Galarneau, we get an idea about what is going on in the Correctional Service at the moment. I think the mentally ill are stigmatized. I think that if people realized what percentage of inmates have mental or psychological programs, their attitude would be different, and there might be a few more visits from their families and friends.

Mr. Galarneau: Absolutely.

Senator Pépin: Ms. Daigle, you mentioned that in the case of some the young people you had seen, sometimes they had been given as many as three or four diagnoses. We often hear that. I

à un certain professionnel de la santé de partager de l'information. L'éducation est exclue, mais au moins dans le secteur de la santé, il peut y avoir un partage.

Le problème ce n'est pas les professionnels. J'en reviens au problème que j'ai soulevé. Le problème concerne ceux qui fournissent des soins à des personnes de 16 ans et plus. Dans notre province, les services sociaux s'adressent aux personnes de la naissance jusqu'à 16 ans, alors qu'au Québec, cela va jusqu'à 18 ans. L'une des choses que pourrait faire la province c'est de repousser l'âge d'admissibilité aux services afin d'assurer un meilleur accès à une certaine population. Cette question a souvent été soulevée et débattue.

Pour ce qui est du partage de l'information avec les parents, les professionnels de la santé doivent être mieux informés sur le rôle actif qu'ils doivent jouer dans l'obtention du consentement des patients. Il s'agit de demander au patient de signer un document dans lequel il donne à son médecin la permission de parler avec ses parents. Je pense que nous avons tendance à trop dramatiser la question du consentement et qu'il faudrait cesser. Les professionnels de la santé doivent en comprendre l'importance. Il faut peut-être ouvrir la porte et nous demander comment nous devons informer les professionnels de la santé afin qu'ils comprennent et qu'ils soient plus conscients qu'il ne s'agit pas d'un manquement à l'éthique, que ça ne leur nuira pas en tant que professionnels mais que le défaut de le faire peut nuire à leurs clients. Il s'agit de trouver un équilibre. Il faudrait peut-être en discuter avec le collège des médecins et les autres associations professionnelles afin de trouver une manière éthique de répondre aux besoins de ceux qui fournissent les services tout en protégeant l'intégrité professionnelle. S'ils résistent, ce n'est pas par manque de volonté. C'est plutôt parce qu'ils ne peuvent pas le faire.

Il y a deux aspects à cela. D'abord, il faut que nos professionnels de la santé deviennent conscients de l'importance d'obtenir le consentement, et c'est ce que l'on appelle, je crois, « la loi de français ». Je ne crois pas qu'ils le demandent ni qu'ils envisagent de le faire. Je crois qu'ils s'en tiennent au statu quo : ils ne peuvent pas le faire, et s'en lavent les mains. À mon avis, c'est un peu trop simpliste. Nous devons au contraire faire en sorte que les médecins s'intéressent à la question et acceptent d'aborder le problème avec le fils, la fille ou la mère du patient pour offrir leur aide. Il faut encourager les médecins à agir de la sorte, plutôt qu'ils s'avouent impuissants car liés par l'éthique.

[Français]

Le sénateur Pépin : Monsieur Galarneau, quand on vous écoute, on sait ce qui se passe actuellement dans les services correctionnels. Je pense que les malades mentaux sont stigmatisés. Je pense que si les gens réalisaient le pourcentage de détenus qui ont des problèmes mentaux ou psychologiques, l'attitude serait différente, et il y aurait peut-être un petit peu plus de visites de leurs familles et de leurs amis.

M. Galarneau : Absolument.

Le sénateur Pépin : Madame Daigle, vous avez mentionné que pour certains des jeunes que vous avez vus, il y avait des fois jusqu'à trois ou quatre diagnostics de donnés. On nous dit

know that this touches on confidentiality, but if doctors had electronic files, do you think there might be fewer different diagnoses or that health care professionals could direct their patients somewhat better, if they had access to electronic records?

Ms. Daigle: Yes, we have talked about that a great deal. In New Brunswick, mental health care services and detox services are under the same heading, so electronic records could eliminate many problems because we would be able to share information better.

Senator Pépin: That would facilitate things a great deal.

Ms. Daigle: But once again, with respect to confidentiality, how...

Senator Pépin: Particularly in your field?

Ms. Daigle: Exactly, but there is no doubt that this would facilitate things greatly. In some cases, for example, there may be a joint treatment plan. However, some information is not available to other people in the health care system. For example, when I was working as a social worker in the emergency department, if the file contained a joint treatment plan for the patient, the doctor took the file, which contained a note which took him directly to the treatment plan. He saw the treatment plan, and this was not a complicated process. There are ways of going about this. I do understand that confidentiality is important for patients.

Senator Pépin: I think that would be quite important.

Ms. Daigle: A common treatment plan, yes.

[English]

The Chairman: May I thank all of you for coming. We took a lot more of your time than we meant to, but you were really helpful to us.

I would like to welcome our next panel of witnesses. I will first turn to Constance McKnight and ask her to make an opening statement.

Ms. Constance McKnight, National Executive Director, National Network for Mental Health: Honourable members of the Senate, on behalf of the National Network for Mental Health, NNMH, I would like to extend to you our appreciation for our invited presence here to speak. In an effort to utilize my time effectively, I will speak more about the organization I represent and a number of the issues that we have identified in the way in which we are attempting to support our constituency.

As you know, most mental health consumers in Canada live in desperation. They have low self-esteem, and many live in very poor environments. Currently the NNMH is the only national non-diagnostic specific-consumer-driven organization. We have a couple of key programs and projects that we are involved in, in terms of trying to develop the capacity within individuals. One of them is the Building Up Individuals Through Learning and Teamwork, BUILT, Network project. In your folder, you will find the statistics from last year. With our BUILT program, we have expanded into four sites last year in Canada. Because

souvent cela. Je sais que je vais toucher ici à la confidentialité, mais si on avait des dossiers électroniques pour les médecins, pensez-vous qu'il y aurait peut-être un peu moins de diagnostics ou bien que les gens pourraient orienter leurs patients un peu mieux, s'ils avaient accès aux dossiers électroniques?

Mme Daigle : Oui, on en parle beaucoup. Au Nouveau-Brunswick la santé mentale et les services de « déttox » sont sous le même volet, alors les dossiers électroniques pourraient éliminer beaucoup de choses dans le sens qu'on peut se partager de l'information.

Le sénateur Pépin : Ça faciliterait beaucoup.

Mme Daigle : Mais encore là, comment du côté de la confidentialité -

Le sénateur Pépin : Surtout dans votre domaine?

Mme Daigle : Exact, mais c'est sûr que cela faciliterait beaucoup les choses. Dans certains dossiers par exemple, il peut y avoir un plan de traitement commun. Toutefois, certaines informations ne sont pas disponibles à d'autres intervenants. Comme exemple, quand je travaillais à l'urgence comme travailleuse sociale on avait un dossier, et s'il contenait un plan de traitement commun pour le patient, le médecin prenait le dossier et il y avait une note qui l'amenait directement au plan de traitement. Il voyait le plan de traitement et ce n'est pas compliqué à faire. Il y a des façons de faire. Je comprends que la confidentialité est importante pour le patient.

Le sénateur Pépin : Je pense que cela serait bien important.

Mme Daigle : Un plan de traitement commun, oui.

[Traduction]

Le président : Je vous remercie tous de votre présence. Nous vous avons gardés beaucoup plus longtemps que prévu, mais vous nous avez été d'une grande aide.

J'aimerais accueillir maintenant notre prochain groupe de témoins, et je demanderai d'abord à Constance McKnight de nous faire sa déclaration.

Mme Constance McKnight, directrice exécutive nationale, Réseau national pour la santé mentale : Mesdames et messieurs du Sénat, au nom du Réseau national pour la santé mentale, je vous remercie de nous avoir invités à prendre la parole. Afin d'utiliser à meilleur escient le temps qui m'est imparti, je vais vous expliquer qui nous sommes et quels sont les enjeux qui sont importants pour nous pour aider notre clientèle.

Comme vous le savez, la plupart des Canadiens qui souffrent de problèmes de santé mentale vivent dans le désespoir. Ils n'ont aucune estime d'eux-mêmes et vivent souvent dans des environnements qui ne les aident en rien. Notre réseau est actuellement la seule organisation nationale axée sur sa clientèle mais qui ne pose pas de diagnostics. Nous avons lancé quelques programmes et projets essentiels destinés à aider à développer la capacité de nos clients. Un de nos projets s'appelle le projet BUILT, qui vise à habiller nos clients par l'apprentissage et le travail d'équipe. Vous trouverez dans notre trousse les chiffres

of the expansion and the time it took, we were able to graduate only 97 people into the work force within seven weeks, which is almost unheard of. We estimate that this year we will be able to save the Government of Canada, through the savings and benefits to those individuals and through taxes that they have paid back to their communities, about \$1,905,000. That is one of our big projects. We have one BUILT project here in Moncton.

We have another project that is called the Consumers in Action project. With that, we try to enable consumers across the country to build their capacities so that they can advocate effectively on their own behalf and understand what mental health is, how to attain it, and how to recover. Last year we had 69 people come to Ottawa. The Prime Minister sent his regrets because he was called down to Washington. However, we had two ministers from the federal cabinet and one of the parliamentary assistants attend our event. We are changing the way in which consumers think and we are trying to give them hope. I think for the most part, consumers' biggest challenge is hope. Once we have a diagnosis, we may have all the medications or interventions at our disposal sometimes — most times not because of government funding — but even when we have those things, we lose hope. What we try to do at the National Network for Mental Health is to build that hope.

Those two projects aside, the National Network for Mental Health has founded, and been part of, the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health since 1998. We have been very active in that coalition. This year, we have launched a national consumer coalition of community, regional and provincial organizations where we bring people together from across the country to come up with position statements about what consumers want from the system, what we need from this system, and what we demand from this system.

Another coalition we are developing right now is with the Mood Disorders Society of Canada and the Native Mental Health Association of Canada. We have come together recognizing that we need a new model of leadership in mental health in Canada, and we have developed the Mental Health Coalition of Canada. You will hear more about that in coming months.

In our submission you will find statements from consumers and family members from across the country. One issue I would be remiss in not mentioning is that one of the greatest challenges we, as consumers, face in this system is discrimination from other mental health organizations. We face it from organizations and institutions. We face more discrimination within the system than we do outside the system. If I sit in a room and speak within the mental health world, I may have 20 per cent of the seats in the

révélateurs pour l'an dernier : grâce à notre programme BUILT, nous avons maintenant quatre milieux d'intervention au Canada depuis l'an dernier. Cette expansion a pris du temps, mais nous avons réussi néanmoins à faire passer 97 de nos clients sur le marché du travail en l'espace de sept semaines à peine, ce qui est véritablement inédit. Nous estimons que nous aurons réussi à faire épargner au gouvernement du Canada cette seule année 1 905 000 \$ environ, grâce aux économies qu'auront pu faire nos clients, aux avantages qu'ils auront pu obtenir et aux taxes qu'ils auront remboursées sous forme d'impôts à leurs collectivités. Nous avons un projet BUILT de ce genre ici même à Moncton.

Un autre de nos projets s'appelle « Consommateurs en action ». Ce projet vise à permettre à nos clients de partout au Canada de développer leurs capacités de façon à ce qu'ils puissent se défendre efficacement par eux-mêmes, comprendre ce que c'est que la santé mentale, comment il faut l'atteindre et comment la retrouver. L'année dernière, nous avons envoyé 69 personnes à Ottawa. Le premier ministre a d'ailleurs dû décliner notre invitation parce qu'il devait se rendre à Washington. Toutefois, deux ministres du gouvernement fédéral et un adjoint parlementaire ont assisté à notre activité. Ce genre de manifestations nous permet de faire changer la façon de penser de notre clientèle et de lui redonner espoir. En effet, le plus grand défi qui se pose à nos clients, c'est de trouver l'espoir. Une fois que l'on a diagnostiqué chez quelqu'un la maladie mentale, malgré tous les médicaments ou toutes les interventions dont on dispose parfois — la plupart du temps sans que le gouvernement ne verse un sou — on perd espoir. Nous, au Réseau national pour la santé mentale, nous voulons redonner l'espoir.

Hormis ces deux projets, il faut savoir que le Réseau national pour la santé mentale fait partie depuis 1998 de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale qu'il a fondée. Nous jouons un rôle très actif au cœur de cette coalition. Cette année, nous avons lancé une coalition nationale de consommateurs regroupant des organisations communautaires, régionales et provinciales en vue de rapprocher notre clientèle de partout au pays pour qu'elle puisse décider par elle-même ce qu'elle veut obtenir du système, ce dont elle a besoin et ce qu'il lui faut pour fonctionner.

Nous sommes actuellement en train de former une nouvelle coalition avec la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et l'Association canadienne pour la santé mentale des Autochtones. Si nous nous sommes regroupés, c'est que nous avons reconnu qu'il nous fallait un nouveau modèle de leadership en matière de santé mentale au Canada. Nous avons donc formé la Coalition de la santé mentale du Canada dont vous entendrez parler plus amplement au cours du prochain mois.

Vous trouverez dans notre mémoire les témoignages de consommateurs et de membres de leurs familles, de partout au Canada. Je m'en voudrais de ne pas mentionner que l'un des plus grands défis qui se pose aux consommateurs que nous sommes, dans le système actuel, c'est la discrimination que nous subissons de la part d'autres organisations de santé mentale. C'est une discrimination à laquelle nous soumettent les organisations et les institutions. Autrement dit, nous subissons plus de discrimination

room filled. If I go into the general public, or a government department somewhere who has called me in to talk about mental health and mental illness issues, it does not matter where I go, I fill the place and I have standing room only. It shows how we as consumers are regarded in terms of our place in mental health. We do not want to be tokens anymore. We refuse to be tokens anymore. We need government bureaucracies to understand that we understand what our needs are, and we demand to have them met.

Mr. Armand Savoie, President, Canadian Mental Health Association, New Brunswick Division: Good afternoon. On behalf of Canadian Mental Health Association, CMHA, New Brunswick, I thank the committee for the opportunity to make this presentation.

As you are already aware, CMHA is Canada's only voluntary charitable organization that deals with both mental health and mental illness. The New Brunswick Division is one of 11 divisions across the country. New Brunswick has within its boundary eight independently incorporated branches. The New Brunswick Division, in addition to promoting mental health and advocating for policy change related to service for those living with mental illness, manages a program that is somewhat unique in Canada. This program is based upon a partnership model with government and the community. Government funds an agency with strong roots in the community to educate and generate more awareness in the community as well as to support the formal clinical system. This program referred to as the Regional Community Worker Program was established in 1979 with the following principles: One, promotion and prevention programs are essential elements of a comprehensive mental health system; two, community focused mental health care is the most appropriate model for strengthening the role of the individual; three, self-help and other community support systems are essential; and four, services are accountable to the community they serve. These principles are as relevant in the year 2005 as they were in 1979.

In this province, as elsewhere in the country, there is still a need to determine what changes will be most useful in better managing complex chronic illnesses as well as developing strategy to prevent, wherever possible, those illnesses from occurring. The Regional Community Worker Program has outcomes and measures that focus on promoting good mental health, using the treatment/intervention system appropriately and building a strong community support system.

systémique que de discrimination de l'extérieur. Autrement dit, si je choisis de m'adresser à un auditoire de représentants du secteur de la santé mentale, je m'adresserai à une poignée de gens. Mais si je m'adresse aux Canadiens, ou à un ministère qui m'a demandé de prendre publiquement la parole pour parler de santé mentale et de troubles mentaux, peu importe où je serai, je m'adresserai à un grand nombre d'auditeurs et je ferai salle comble. Cela est très révélateur de la place que les consommateurs de services que nous sommes occupent dans le milieu de la santé mentale. Mais aujourd'hui, nous refusons d'être des alibis : nous exigeons des fonctionnaires gouvernementaux qu'ils comprennent que nous savons désormais quels sont nos besoins et comment il faut les combler.

M. Armand Savoie, président, Association canadienne pour la santé mentale, chapitre du Nouveau-Brunswick : Bonjour. Au nom de l'Association canadienne pour la santé mentale, chapitre du Nouveau-Brunswick, nous vous remercions de nous donner l'occasion de prendre la parole.

Vous savez sans doute déjà que notre association est la seule organisation canadienne volontaire de bienfaisance qui s'intéresse à la fois à la santé mentale et aux problèmes de santé mentale. Notre chapitre est l'un des 11 qui compte l'association au Canada. Le Nouveau-Brunswick compte sur son territoire huit filiales indépendantes incorporées. Le chapitre du Nouveau-Brunswick gère un programme tout à fait unique au Canada, en plus de promouvoir la santé mentale et de proposer des changements stratégiques en matière de services destinés à ceux qui sont aux prises avec des maladies mentales. Ce programme se fonde sur un modèle de partenariat avec le gouvernement et la collectivité. Le gouvernement subventionne une agence qui est bien implantée dans la collectivité et dont l'objectif est d'informer celle-ci et de la sensibiliser à nos enjeux de même qu'à soutenir le réseau clinique officiel. Ce dont je parle, c'est du Programme des travailleurs communautaires régionaux, créé en 1979 et basé sur les principes suivants : d'abord, les programmes de promotion et de prévention sont des éléments essentiels d'un système global de santé mentale; deuxièmement, les soins de santé mentale concentrés dans la collectivité constituent le modèle le plus approprié de renforcement du rôle individuel; troisièmement, les programmes d'entraide et les autres systèmes de soutien en collectivité sont essentiels; et quatrièmement, les services doivent rendre des comptes à la clientèle desservie. Ces quatre principes sont tout aussi pertinents aujourd'hui, en 2005, qu'ils l'étaient en 1979.

Dans notre province, comme ailleurs au Canada, il reste encore à déterminer quels changements seront les plus utiles pour mieux gérer les maladies chroniques complexes ainsi qu'élaborer les stratégies nécessaires pour empêcher l'éclosion de ces maladies, dans la mesure du possible. Le Programme des travailleurs communautaires régionaux s'appuie sur des résultats ainsi que sur des mesures qui mettent l'accent sur la promotion d'une bonne santé mentale et le recours à un système de traitements et d'interventions appropriés, de même que sur l'édification d'un système solide de soutien en collectivité.

New Brunswick has a large rural component to its population base. The fact has impacted both on delivering service, and building and/or supporting the capacity of communities. The RCW Program has 11 workers in various parts of the province. These individuals operate within the framework of four major goals which are: One, to promote good mental health; two, to promote the appropriate use of the mental health service system; three, to promote community awareness of mental health issues and generate the development of community services and programs; and four, to support mental health consumers. These goals drive the program and are the signposts against which success will be determined. While these are the concrete measures that funding bodies need to continue and enhance funding, that is not the only way success can be measured. Success can be measured by the individual who is assisted with navigating a fragmented system. Success can be measured by the individual who approaches the worker after an information session and states that this session has helped them understand that they must seek treatment before they do something drastic. Success can be measured by meeting a teenager on the street who tells the worker that she was the first person who ever made them feel special. "I'm Thumbbody" is a self-esteem program delivered at the Grade 3 level in the schools.

In the RCW Program, workers did 500 presentations of an hour long up to a full day. They work with around 10,000 New Brunswickers. They work with the Provincial Suicide Prevention Committee, and they were responsible for delivering 17 two-day sessions, which had 400 participants. The participants learned how to recognize warning signs and intervene appropriately with persons at risk.

We suggest that in rural areas this model that supports the community at the local level be considered as part of any comprehensive response to mental illness and mental health. We also ask that the committee consider advertising targeted to the younger population, and be a fun activity in any strategy dealing with mental health.

There was some project work also with Health Canada. They did some TV commercials and shared this in the community.

We suggest that the committee support funding to test what form of national help-line will provide the best response and service for individuals who need immediate assistance in a crisis situation.

Any exploration of models should be done in consultation with First Nation representatives as that community is more likely to need a local culturally appropriate response. There were some

Une bonne partie de la population du Nouveau-Brunswick est rurale. Cette réalité a une incidence sur la prestation des services et sur le développement des capacités des collectivités ainsi que le soutien de celles-ci. Notre programme de travailleurs communautaires régionaux compte 11 personnes qui sont à pied d'œuvre dans les différentes parties de la province. Ces 11 travailleurs s'inscrivent dans le cadre de travail qui compte quatre grands objectifs : d'abord, promouvoir une bonne santé mentale, deuxièmement, promouvoir le recours approprié au système de soins de santé mentale; troisièmement, promouvoir la sensibilisation de la collectivité aux questions de santé mentale et permettre le développement de services et de programmes communautaires; et quatrièmement, soutenir les bénéficiaires en santé mentale. Ces objectifs sont la raison d'être de notre programme et sont aussi les jalons nous permettant de constater nos réussites. Même s'il s'agit là de mesures concrètes que les organes subventionnaires doivent continuer à soutenir, ce ne sont pas là les seules mesures de réussite. La réussite se mesure chaque fois que nous aidons un individu à naviguer dans un système fragmenté. La réussite se mesure chaque fois que quelqu'un va voir un de nos travailleurs après une séance d'information pour lui expliquer que ce qu'il a entendu l'a aidé à comprendre qu'il devait se faire traiter avant de recourir à des moyens radicaux. La réussite se mesure chaque fois qu'un jeune de la rue explique aux travailleurs que pour la première fois, il s'est senti traité comme quelqu'un de spécial. Un de nos programmes appelé « J'suis quelqu'un » est justement un programme destiné à renforcer l'estime de soi que nous dispensons aux élèves de troisième année.

Dans le Programme des travailleurs communautaires régionaux, les travailleurs ont organisé 500 séances allant d'une heure à une journée. Ils travaillent avec environ 10 000 Néo-Brunswickois. Ils travaillent avec le Comité provincial de prévention du suicide et ils ont organisé 17 séances de deux jours avec 400 participants. Ces participants ont appris à reconnaître les signes annonciateurs et à intervenir correctement auprès des personnes à risque.

Nous suggérons que dans les régions rurales, ce modèle d'aide à la communauté au niveau local soit envisagé dans le cadre d'une démarche générale face à la maladie mentale et la santé mentale. Nous invitons aussi le comité à envisager des annonces ciblant la population des jeunes et nous recommandons qu'il y ait un élément d'activité amusante dans toute stratégie ciblant la santé mentale.

Il y a eu aussi du travail au niveau de Santé Canada. On a réalisé des annonces télévisées qui ont été diffusées dans la communauté.

Nous suggérons au comité d'appuyer l'idée de financer une expérience pour voir quelle serait la meilleure forme d'aide en ligne pour répondre aux besoins immédiats des personnes qui sont en situation de crise.

L'étude de ces modèles devra se faire en consultation avec les représentants des Premières nations car c'est la communauté qui aura probablement le plus besoin d'une réponse adaptée à sa

task forces and work done with Natives. We also work in collaboration with the hotline called Chimo.

We ask the committee to recommend protected financial support directed to grass-roots partnerships that put information in the hands of the community as they move forward in decreasing the rate of suicide in the community.

Also, CMHA New Brunswick Division supports the recommendations of the national CMHA that asks the federal government to provide a leadership role in the development of a Pan-Canadian Strategy on Mental Illness and Mental Health. The national association also requested information about housing and income assistance.

In summary, in this province there are good initiatives that are working and moving forward.

The Chairman: Senators, Judith Shamian is our next witness. By the way, I should remind my colleagues, when we did the previous study, Judith also testified before us a couple of times, but in those days she was the senior policy advisor on nursing for Health Canada.

Ms. Judith Shamian, President and CEO, Victorian Order of Nurses: I was Executive Director for Nursing Policy.

The Chairman: And a former nursing professor at U of T.

Ms. Shamian: It is a pleasure to be here, and I am in awe of the work that you do. Your documents are standard reading in the policy course I teach at the University of Toronto for graduate and Ph.D. students. They both provide a comprehensive world view in different areas, and bring together the kind of things that I wish more Canadians would be aware of, such as the work that is being done on behalf of Canadians, because they are really unbelievable. Thank you.

I am probably the only one this afternoon who comes in front of you who is not an expert in mental health, mental illness and mental disorder, although I found that discussion very educational and interesting.

I come in front of you with a strong clinical background. I am a nurse. In the last 11 months I have taken on the role of the President and Chief Executive Officer of the Victorian Order of Nurses, VON, which is a not-for-profit charity organization that has been around and served this country for over 108 years.

I also have with me today two New Brunswick colleagues, Joe MacDonald, who is the Director for all the branches of New Brunswick, and Sue McLellan who is from the Fredericton office. They are busy taking pictures.

culture. Il y a déjà eu des groupes de travail et un certain travail a été fait avec les Autochtones. Nous travaillons aussi en collaboration avec la ligne de soutien téléphonique appelée Chimo.

Nous demandons que le comité recommande qu'on assure un soutien financier protégé aux partenariats à la base destinés à informer la communauté pour contribuer à réduire le taux de suicide.

Par ailleurs, le chapitre du Nouveau-Brunswick de l'ACSM appuie les recommandations de l'élément national de l'ACSM qui invite le gouvernement en général à prendre l'initiative d'une stratégie pancanadienne sur la maladie mentale et la santé mentale. L'association nationale a aussi demandé des informations sur l'aide au logement et au revenu.

En résumé, il y a dans cette province de bonnes initiatives qui fonctionnent et qui progressent bien.

Le président : Honorables sénateurs, notre témoin suivant est Judith Shamian. À propos, je vous rappelle que lors de l'étude précédente, elle est aussi venue témoigner deux fois, mais à l'époque elle était conseillère principale pour le secteur infirmier à Santé Canada.

Mme Judith Shamian, présidente-directrice générale, Ordre des infirmières de Victoria : J'étais directrice principale de la politique des soins infirmiers.

Le président : Et auparavant professeure de soins infirmiers à l'Université de Toronto.

Mme Shamian : Je suis très heureuse d'être ici et j'admire profondément le travail que vous faites. Vos documents sont des lectures de base dans le cours de politique que je donne à l'Université de Toronto aux étudiants qui préparent un diplôme et un doctorat. Ils présentent un aperçu complet de diverses questions et exposent des choses que beaucoup plus de Canadiens devraient connaître, parce que ce travail que vous faites au nom des Canadiens est vraiment fantastique. Merci.

Je suis probablement la seule personne ici cet après-midi qui ne soit pas une experte en santé mentale, en maladies mentales et en troubles mentaux, bien que j'aie trouvé cette discussion très intéressante et instructive.

Je suis quelqu'un qui a un solide bagage clinique. Je suis infirmière. Au cours des 11 derniers mois, j'ai assumé le rôle de présidente et directrice générale de l'Ordre des infirmières de Victoria, VON, qui est un organisme de charité à but non lucratif qui offre à la population des services sociaux depuis plus de 108 ans.

Je suis accompagnée aujourd'hui de deux collègues du Nouveau-Brunswick, Joe MacDonald, directeur de toutes les divisions du Nouveau-Brunswick, et Sue McLellan, qui vient du bureau de Fredericton. Ils s'activent tous les deux à prendre des photos.

I will touch on a few things about VON, and then I quickly want to make four comments. You have a brief in front of you with around 17 recommendations, and I would be delighted to talk about it, but I really want to touch on a couple of things.

In a sense, what is unique about the VON in comparison to the others, is that our perspective is far more community-based. We have offices from coast to coast. We engage in thinking around policy issues and coming in front of groups such as yours, but we also deliver service day to day. We go into over a million homes every year. We have over 20,000 paid and unpaid members of staff who go into homes and work with Canadians. We have 63 branches and each one of those branches has its own local community board so we are very much a community-based organization. The VON branches and offices are always looking for what the needs in the community are. As a result, and I will leave the list with you, we deliver over 50 different programs across the country. In different provinces the programs look different based on what the needs are.

The VON has experienced challenges with health care reform through the 1990s. We all have been acutely aware of those transitions, but the VON has been able to maintain the core of what the community needs are, what the community development is, and how can we help.

Among those 20,000 individuals we have over 12,000 volunteers. If you think of the million homes we go in and the number of lives we touch, what we see is really from grass-roots to having the national office and the national board in Ottawa. My perspective, and the perspectives we shared with you in the brief, are very much grounded in that thinking.

The four points I would make are as such. One, basically we need action. I think if I came from Mars and looked at the reports of this committee and at the First Ministers meeting, FMM, and so on, I would think that this is an enlightened country that has done so much about mental health. We know the reality is different. I share your frustration, and the other senators' frustration about being a family member who is dying to help family members and be involved and so on, and giving up, in many ways. I have a homeless cousin who was in the million dollar club of one of the insurance companies, and one day just decided to become homeless and we lost track of him. It has been a 20-year struggle and you say, "Oh my God, how am I going to shake this system up so you can have the taxes?" I did not even think of him while getting ready for this presentation until I heard the discussion earlier. I gave up a long time ago. You go on with life, and he is my dearest cousin. I am an only child, a holocaust survivor, a very small family. He is my dearest cousin. He is, who knows, somewhere.

Je vais faire quelques remarques au sujet de VON et j'aimerais ensuite faire quatre brefs commentaires. Vous avez sous les yeux un mémoire comportant 17 recommandations et je me ferai un plaisir d'en discuter avec vous, mais j'aimerais me concentrer sur un ou deux points.

L'originalité de VON, par comparaison avec les autres organisations, c'est que nous avons une vocation beaucoup plus axée sur la communauté. Nous avons des bureaux partout au Canada. Nous avons des discussions sur des questions de politique et nous comparaissons devant des groupes comme le vôtre, mais nous assurons aussi quotidiennement des services. Nous sommes présents dans plus d'un million de foyers chaque année. Nous avons plus de 20 000 personnes payées et bénévoles qui vont chez les Canadiens travailler avec eux. Nous avons 63 sections locales qui ont chacune leur conseil communautaire local et nous sommes donc une organisation à vocation profondément communautaire. Les sections locales et les bureaux de VON sont toujours à l'affût des besoins de la communauté. C'est pourquoi nous administrons plus de 50 programmes différents au Canada, et je vais vous en laisser la liste. Les programmes varient en fonction des besoins dans les diverses provinces.

La réforme des soins de santé dans les années 90 a amené VON à relever divers défis. Nous avons senti en profondeur ces transitions, mais nous avons pu maintenir notre concentration sur les besoins communautaires, le développement communautaire et l'aide que nous pouvons apporter.

Plus de 12 000 de nos 20 000 collaborateurs sont des bénévoles. Si vous pensez aux millions de foyers dans lesquels nous intervenons et au nombre d'existences que nous touchons, vous voyez qu'il s'agit d'un mouvement qui va de la base au bureau national et au conseil national à Ottawa. Ma vision et la vision que nous vous présentons dans ce mémoire sont profondément ancrées dans cette perspective d'ensemble.

Voici les quatre points que je voudrais aborder. Premièrement, il y a manifestement un besoin d'action. Je crois que si je débarquais de Mars et que je voyais les rapports de ce comité et de la réunion des premiers ministres, la RPM, et cetera, je me dirais que je suis en présence d'un pays éclairé qui a beaucoup fait pour la santé mentale. Nous savons que la réalité est différente. Je partage votre frustration et la frustration d'autres sénateurs qui voudraient désespérément venir en aide à des membres de leur famille et faire quelque chose, et qui abandonnent à maints égards. J'ai un cousin itinérant qui faisait partie du club des millionnaires d'une compagnie d'assurance et qui a décidé un beau jour de devenir un itinérant. Nous avons perdu sa trace. Vous vous battez pendant 20 ans et vous vous dites : « Mon Dieu, comment vais-je pouvoir secouer ce système pour que cela aille mieux? » Je n'avais pas pensé à lui en me préparant pour cette comparaison, je n'y ai pensé qu'en entendant la discussion tout à l'heure. J'ai abandonné il y a longtemps. La vie continue, et pourtant c'est mon cousin le plus cher. Je suis une enfant unique, une survivante de l'holocauste, d'une toute petite famille. C'est mon cousin le plus cher. Dieu sait où il se trouve en ce moment.

The reality is complicated for all of us. We know from the various studies and surveys that one in every eight Canadians will be hospitalized. Even more alarming from the system perspective is when you look at the WHO report that says in 20 years, stress-related issues and so on will be the second or third leading cause of disability worldwide.

I think there is a larger agenda of yes, we talk about mental health and mental illness, but there is a mental stressor. I found in your third report the discussion around the role of employers very important, and went to my human resources department and asked the question, "What are we doing?" "What service is available?" "What is included in the employee assistance program, EAP?" I think if every employer did only that, and asked the question of how we can do better, we would have a better Canada. I think a lot of those issues are major concerns.

My personal research is in the area of nurses' absenteeism and workplace pressure. Based on Statistics Canada data, we know that nurses have the highest absenteeism rate. When we do the research into why, a lot of it has to do with stress and pressure in the workplace and so on.

I hope you will also deal with the specific illness issue, but there is a much larger issue at play that we need to deal with and call for action. I know you have done amazing work before to call for action and got people and the agenda moving forward, and I hope you will be able to do that again.

My second, third, and fourth points have been mentioned, but I will mention them quickly in a sense of giving a little different perspective.

Integrated access: I do not need to say much after the presentations we heard earlier, and you probably hear it in every stop you make. It is not realistic to keep creating silos in how we provide care. Mental illness, mental disorder, or whatever we are going to label it is part of the continuum of being healthy or not healthy, and it is part of being well or not well. How we integrate it in the work we do, what it means for education, what it means for teachers, and what it means for communities are all relevant issues.

Do we need to have a conversation around basket of services? When I look at what happened to that discussion around home care in FMM, I do not know what my recommendation is. I think we need it but how you get the political will around it is a different question. From my perspective in VON, we are just starting the process of thinking through what our message to the country around community health and home health is, and what the country deserves. It is not a discussion around FMM, but around what Canada needs — keep pushing that agenda until pieces of it are put into place, and I think that is hopefully what will happen with your work around mental health. If the larger agenda is put out in the country, there are enough groups passionate about their agenda that we will push the pieces. That notion of "integrated" and what it should be is an important element.

La réalité est complexe pour nous tous. Les études et enquêtes montrent qu'un Canadien sur huit sera hospitalisé. Ce qui est encore plus inquiétant quand on pense au système, c'est le rapport de l'OMS qui dit que dans 20 ans, les problèmes liés au stress seront la deuxième ou troisième cause principale d'invalidité dans le monde.

Certes, on parle de santé mentale et de maladie mentale, mais sur un plan plus général, il y a le problème du facteur de stress mental. Il y a dans votre troisième rapport un débat très important sur le rôle des employeurs. J'en ai parlé à mon service des ressources humaines et je leur ai posé la question : « Que faisons-nous? » « Quels sont les services disponibles? » « Qu'y a-t-il dans le programme d'aide aux employés, le PAE? » Je crois que si chaque employeur faisait simplement cela, se demandait comment on pourrait améliorer les choses, nous aurions un Canada meilleur. Je crois que ce sont des questions fondamentales.

Mes recherches portent sur l'absentéisme des infirmières et infirmiers et les pressions au travail. D'après les données de Statistique Canada, c'est chez les infirmières et infirmiers que le taux d'absentéisme est le plus élevé. Quand on creuse la question, on constate que c'est dû en grande partie au stress et aux pressions qu'ils subissent au travail.

J'espère que vous parlerez aussi de questions relatives à des maladies précises, mais il y a une question beaucoup plus large dont nous devons traiter et pour laquelle il faut agir. Je sais que vous avez déjà beaucoup fait pour mobiliser les gens et pour faire avancer le dossier et j'espère que vous y arriverez à nouveau.

Mes deuxième, troisième et quatrième arguments ont déjà été présentés, mais je les effleurerai pour vous donner un point de vue un peu différent.

L'accès intégré : Je n'ai pas à ajouter grand-chose à l'exposé que nous avons entendu plus tôt, et on vous en parlera sans doute à tous les endroits que vous visiterez. Il est irréaliste de continuer à cloisonner les façons d'offrir des soins. La maladie mentale, les troubles mentaux ou quelle que soit l'étiquette qu'on adopte, cela fait partie de ce qui vient entre la santé et la maladie, de tout ce qu'il y a entre être bien et ne pas être bien. L'intégration à notre travail, ce que cela signifie pour l'enseignement, pour les enseignants et pour les collectivités, voilà toutes des questions pertinentes.

Faut-il parler de panier de services? Quand je pense aux discussions sur les soins à domicile de la RPM, je ne sais plus quoi recommander. Je pense que c'est nécessaire, mais il faut trouver la volonté politique. À VON, nous venons tout juste d'entamer notre réflexion sur le message à livrer au pays sur ce que sont la santé communautaire et la santé des ménages et sur ce à quoi doit s'attendre le pays. Il ne s'agit pas d'une discussion sur la RPM, mais sur les besoins du Canada. Il faut continuer à faire avancer le dossier jusqu'à ce que certains de ses éléments soient mis en œuvre et j'espère que c'est ce que donnera votre travail sur la santé mentale. Si on confie ce plan à l'ensemble du pays, il y a suffisamment de groupes très passionnés par leur intérêt pour promouvoir les éléments qui les intéressent. La notion d'intégration, de ce que cela devrait être est un élément important.

My third comment is around supporting home and community care. That area and my last area of caregivers, I feel much more comfortable in because that is the life I am living day in and day out. My 20,000 colleagues across the country breathe that issue day in and day out.

I had some conversations with Senator Kirby a couple of months ago. I shared with him my experience as I arrived at VON. I thought I knew health care. I have been playing in the health care field for many years. I thought I understood home care and community health only to discover that my understanding was minimal. When I arrived at the scene and discovered what communities really are, not from talking heads, but from what really happens on the ground, I was absolutely in awe. Who goes into those homes that could help us, whether it is around the mental health agenda or being frail agenda? What you see in the community, in insufficient amount but they are there, are professionals that go into homes or receive clients into day programs and so on. You see home support workers, and those are individuals who do not have formal education but are outstanding Canadians — they do the work of God in supporting people in their homes and communities. You see volunteers. We have thousands and thousands of volunteers who knock on the same door twice a week to deliver Meals on Wheels. They are better at giving us cues if something is going on; that Mrs. Smith all of a sudden has not been grooming herself for two or three weeks; or she is afraid to open the door because she is suspicious of who is at the door; and so on. We have an army of volunteers in this country, whether it is within VON or other voluntary organizations — that could be able to say, something is not okay here.

Having been in Health Canada and having worked in the system, I will never challenge the issue that we can use more money, but it always will be the question of, how can you stretch the system we have to give us what we need and find solutions? There are a lot opportunities with a limited amount of training, and that is one of the things we are looking at in our care delivery model. How can we teach the volunteer, who may be the only contact with a lot of those people in their homes, to keep an eye on physical, mental, and other issues, and report back? I cannot expect them to diagnose; I cannot expect them to treat; but I can expect them to see that something is different. That cue will be enough. They do not even have to describe it, but “I have been going to her home or his home for two years and all of a sudden, something looks different.” That can trigger somebody else in the mechanism to go in.

I think it is important to understand the notion of what communities can do, and call upon organizations, not just like VON. I am sure that the rotary clubs and others, if they are called upon to assist and to take on the discussions we used to have around healthy communities and healthy cities and put their arm around that issue, we can go a long way along those ways.

Ma troisième observation porte sur le soutien aux soins communautaires et aux soins à domicile. Pour cette question et celle des aidants naturels, je suis plus à l'aise puisque c'est mon lot quotidien. C'est aussi le quotidien de 20 000 de mes collaborateurs de l'ensemble du pays.

Il y a quelques mois, j'ai eu des entretiens avec le sénateur Kirby. Je lui ai fait part de mon expérience quand je suis arrivée à VON. Je pensais bien connaître les soins de santé. J'avais travaillé dans ce domaine pendant des années. Je croyais comprendre les soins de santé et la santé communautaire mais j'ai découvert que j'en ignorais presque tout. À mon arrivée, j'ai pu voir ce qu'étaient vraiment les communautés, non pas en en parlant avec des théoriciens, mais en voyant ce qui se produit dans la réalité et j'ai été ébahie. Qui se rend dans les foyers pour nous aider, que ce soit pour une question de fragilité mentale ou physique? Dans les communautés, ce qu'on voit, insuffisamment mais réellement, ce sont des professionnels qui vont à domicile ou qui reçoivent des clients dans le cadre de programmes de jour, entre autres. Ce sont aussi des aides à domicile, des personnes qui n'ont pas reçu une formation officielle mais qui sont extraordinaires puisqu'elles font le travail de Dieu en aidant les gens chez eux et dans leurs collectivités. On voit aussi des bénévoles. Nous avons des milliers et des milliers de bénévoles qui se rendent chez les gens deux fois par semaine, leur livrer les repas de la popote roulante. Ils sont bien placés pour nous signaler que quelque chose ne va pas, que Mme Smith depuis deux ou trois semaines, ne prend plus soin d'elle-même, qu'elle a peur d'ouvrir sa porte parce qu'elle craint les visiteurs, et cetera. Nous avons une armée de bénévoles au pays, que ce soit au sein de VON ou d'autres organismes de bénévolat, qui peuvent nous dire que quelque chose ne va pas.

J'ai travaillé pour Santé Canada, je connais bien le système et je ne contesterai jamais l'idée qu'on peut toujours dépenser davantage, mais la question est toujours la même : Comment utiliser le système au maximum pour que nous obtenions ce qu'il nous faut et que nous trouvions des solutions? Il y a beaucoup de possibilités avec une formation minimale et c'est l'une des choses que nous envisageons dans notre modèle de prestation de services. Comment enseigner aux bénévoles, qui peuvent être notre seul point de contact avec beaucoup de ces gens qui vivent chez eux, à être à l'écoute pour toutes les questions physiques et mentales et à faire rapport? Je ne peux pas m'attendre à ce qu'ils posent un diagnostic ni à ce qu'ils traitent les patients, mais je peux m'attendre à ce qu'ils s'aperçoivent d'un changement. Ce simple signe peut suffire. Il n'est même pas nécessaire de donner une description détaillée, il suffit de dire : « Je vais chez cette personne depuis deux ans et tout d'un coup, quelque chose a changé ». Cela pourrait être le déclencheur nécessaire pour un mécanisme d'intervention.

Je pense qu'il est important de comprendre ce que peuvent faire les communautés, et de faire appel à des organismes, mais pas seulement à des organismes comme VON. Je suis convaincue qu'on peut faire appel aux clubs Rotary et à d'autres, pour de l'aide et pour mettre en œuvre ce dont nous avons discuté, par exemple les communautés et les villes saines. Ils peuvent nous aider et nous pouvons faire beaucoup ainsi.

The final comment, which I am absolutely passionate about, and you will see VON around that issue continuously, is what we do or more precisely what we do not do for family caregivers. I can go around the table and I bet each of us is a caregiver in one way or another, whether it is for our parents, our spouses or one or another. Yesterday I visited Bear Island, which is a tiny island of 200 individuals, an Aboriginal community where VON provide services. I was scheduled to have lunch with the Chief.

The Chairman: Is that Bear Island in Nova Scotia?

Ms. Shamian: No, it is in Ontario, just off North Bay. The Chief could not make it to lunch because he had to get on the boat and take his wife for some health care, so everybody is a caregiver. The phone rings and somebody in the family needs us or needs you and so on. I do not think there is sufficient emphasis on that issue. I congratulate the federal government for having Minister Tony Ianno as the Minister of State for Families and Caregivers. We had amazing discussions with him. One of the things that we are pushing for is to build a portal for caregivers, a one-stop access. I think I heard some discussions around needing similar solutions for mental health and so on, that "As a caregiver I am facing a new situation. How do I find out what resources I have in my community?" Word of mouth is good. You go to church, I go to synagogue, and we find out different information, and we are mostly pretty sophisticated. Almost every home has some access to a telephone or computer, to find the information and start to help people.

Do we have strong enough respite policies? Are we encouraging and supporting our caregivers? Do we educate our professionals about how to educate caregivers to take care of new situations? I personally went through an experience in December and I had two of my children helping me in that process because the husbands were not helpful. I have a daughter who is a dentist and another who is a Ph.D. student, and I have my Ph.D. It took all three of us to figure out what to do when they sent me home after 12 hours. If it takes that level of brain power to figure out how to do it as caregivers, what do most Canadians do? Two of three of us —

The Chairman: Most Canadians are a lot smarter than people with Ph.D.s, and I can say that.

Ms. Shamian: They are more practical.

The Chairman: They are more practical. I think that is it, yes.

Ms. Shamian: Exactly; you and I can say that because we both belong to the same club but seriously, what do we do to help caregivers if they are not able to help and manage their anxiety? Mental illness and mental disorder are such difficult issues both in the social context and so on.

Enfin, une chose qui me passionne et dont VON parle continuellement : ce que nous faisons ou plutôt ce que nous ne faisons pas pour les aidants naturels. En faisant un tour de table, je parie qu'on pourrait constater que nous sommes tous des aidants naturels pour quelqu'un, que ce soit pour nos parents, nos conjoints ou quelqu'un d'autre. Hier, je suis allée à Bear Island, une toute petite île de 200 habitants, une communauté autochtone où VON fournit des services. J'étais censée déjeuner avec le chef.

Le président : Parlez-vous de Bear Island en Nouvelle-Écosse?

Mme Shamian : Non, c'est en Ontario, près de North Bay. Le chef n'a pas pu arriver à temps pour le déjeuner parce qu'il devait prendre son bateau pour amener sa femme à la clinique : tout le monde est un aidant naturel. Le téléphone sonne et quelqu'un dans notre famille a besoin de nous, de vous, et cetera. Je pense qu'on ne se penche pas suffisamment sur cette question. Je félicite le gouvernement fédéral d'avoir nommé Tony Ianno ministre d'État pour la famille et les aidants naturels. Nous avons eu d'excellentes discussions avec lui. Nous demandons entre autres un portail, un guichet unique pour les aidants naturels. Je pense que j'ai entendu des propos semblables autour des solutions qui sont nécessaires pour la santé mentale. Les aidants se disent : « Comme aidant naturel, je suis dans une nouvelle situation. Comment trouver les ressources qui sont à ma disposition dans ma communauté? » Le bouche à oreille, c'est bien. Si vous allez à l'église, quand je vais à la synagogue, on nous informe de différentes choses, souvent assez compliquées. Presque chaque foyer a un téléphone ou un ordinateur lui permettant de trouver l'information et de commencer à aider les aidants.

Est-ce que nos politiques sur le répit sont suffisamment fortes? Encourageons-nous et soutenons-nous suffisamment nos aidants naturels? Est-ce que nous renseignons nos professionnels sur la façon de transmettre de l'information aux aidants naturels qui doivent se débrouiller dans des situations nouvelles pour eux? J'ai vécu une expérience de ce genre en décembre. Deux de mes enfants m'ont aidée parce que les conjoints n'étaient pas très utiles. J'ai une fille qui est dentiste, une autre qui est étudiante au doctorat et j'ai mon doctorat. Il a fallu nous mettre à trois pour savoir ce qu'il fallait faire quand on m'a renvoyée chez moi après 12 heures. S'il faut un tel effort mental pour comprendre quoi faire, comme aidants naturels, que font la plupart des autres Canadiens? Deux de nous trois...

Le président : La plupart des Canadiens sont beaucoup plus futés que les personnes ayant un doctorat; je suis bien placé pour le dire.

Mme Shamian : Ils ont un sens pratique beaucoup plus développé.

Le président : Oui beaucoup plus développé, vous avez raison.

Mme Shamian : Précisément. Vous et moi pouvons le dire, vu que nous sommes membres du même club. Mais soyons sérieux. Que pouvons-nous faire pour soutenir les aidants naturels qui ne sont pas en mesure d'aider les personnes qui en ont besoin et de gérer leur anxiété? Les maladies et les troubles mentaux sont des questions tellement épineuses, aussi bien d'un point de vue social que d'autres points de vue.

I really would call upon you to make sure that your conversation, recommendations and discussions around caregivers is a strong one to keep feeding into that agenda.

I am going to stop right here. I am delighted to be able to catch up with you, because I was in Montreal and it did not happen.

The Chairman: We were not there.

Ms. Shamian: You were not but I believe that your work is so important that wherever you tell me to show up, I show up.

The Chairman: Two issues come up all the time. My broad question to all three of you is, since you are all on the same page on these two issues, what can we recommend of a concrete nature? One is the issue of support for, let me use the word, self-help groups and peer support groups, but essentially consumers helping consumers. Is it just a question of money? My guess is, some money is involved, but I am not sure money is the major thing to encourage work in this area. As I said earlier today at a session, when consumers responded to questionnaires from us, the thing that most surprised us was that every single one of them said that peer support was a critical thing for them. Frankly, if they had not told us, it would not have crossed our mind. The question is: What, from a concrete standpoint, can we do on that? There are really three pieces.

The second is the one Ms. Shamian raised which is, everybody says that there needs to be a family respite program of some kind. My broader question is, are other things needed for families and caregivers? Is there training? What does respite really mean, anyway? Does it just mean an afternoon off to go see a movie or whatever?

Third, I am intrigued by both Ms. Shamian's and Ms. McKnight's comment on the voluntary sector. I think the voluntary sector is under-utilized or certainly under-appreciated in this country. Is there something with respect to mental illness or mentally ill patients that one could develop? I am thinking, for example, of developing teaching materials for training volunteers. Not that the feds would do the programs, but there is an example that seems to me where one ought to be able to make one investment in a really terrific first-class set of educational tools, and let everybody use it.

If I look at peer support, caregivers — particularly family caregivers, and volunteers, those three groups of people, does anybody have any thoughts on specific recommendations we could make that are practical and usable? As you know from our previous report, the reasons a lot of previous recommendations are in the process of being implemented by various provincial governments is that they were practical; this is what you have to do on the ground.

Je vous exhorterais à garder au premier plan vos délibérations et vos recommandations sur les aidants naturels, pour continuer à amener de l'eau au moulin.

Je vais en rester là. Je suis ravie d'avoir pu vous retrouver aujourd'hui, vu que cela n'a pas été possible quand j'étais à Montréal.

Le président : Nous n'y étions pas.

Mme Shamian : Non, mais votre travail est si important que je crois bien que j'irais témoigner partout où vous me le demanderiez.

Le président : Il y a deux problèmes qui reviennent sans cesse. J'ai une question d'ordre général à vous poser à tous les trois, puisque vous vous entendez sur ces deux problèmes : que pouvons-nous recommander qui soit de nature concrète? Le premier problème a trait au soutien et aux groupes d'entraide — essentiellement des consommateurs aidant des consommateurs. Est-ce seulement une question d'argent? À mon sens, l'argent joue un rôle, mais je ne suis pas sûr que ce soit le moteur essentiel pour favoriser un travail dans ce domaine. Comme je l'ai dit plus tôt aujourd'hui lors de la séance, quand les consommateurs ont répondu à nos questionnaires, ce qui nous a le plus surpris a été que chaque réponse mentionnait l'entraide comme étant essentielle. À vrai dire, sans ces réponses, le sujet ne nous serait pas venu à l'esprit. D'où la question que je pose maintenant : d'un point de vue concret, que peut-on faire dans ce domaine? C'est en fait trois éléments.

Le second problème est celui qu'a souligné Mme Shamian : la nécessité, que tous reconnaissent, d'un tel programme de relève des familles. J'ai une question plus générale : existe-t-il d'autres besoins des familles, des aidants naturels et des soignants? Faut-il de la formation? Qu'entend-on au juste par relève? S'agit-il simplement d'un après-midi de libre pour aller voir un film ou quelque chose?

Troisièmement, je suis intrigué par le commentaire de Mme Shamian et de Mme McKnight sur le secteur bénévole. Je pense que le secteur bénévole est sous-utilisé ou, en tout cas, sous-apprécié au Canada. Existe-t-il des possibilités de développement en ce qui concerne la maladie mentale ou les patients souffrant de problèmes mentaux? Je pense, par exemple, à l'élaboration de documents de formation pour former des bénévoles. Les instances fédérales n'offriraient pas les programmes mais il me semble que c'est l'occasion ou jamais d'investir dans un ensemble d'outils éducatifs de premier ordre et de laisser chacun les utiliser.

En matière de soutien par les pairs et d'entraide, pour les soignants, les aidants naturels et les bénévoles, pour ces trois groupes de personnes, quelqu'un a-t-il une suggestion sur des recommandations pratiques, applicables, que nous pourrions suggérer spécifiquement? Comme vous l'avez constaté dans notre rapport précédent, nous avons beaucoup de recommandations pratiques et c'est pourquoi les divers gouvernements provinciaux les mettent à présent en oeuvre. C'est comme ça qu'il faut s'y prendre sur le terrain.

Ms. McKnight: One of our primary obstacles has to be attitude: attitude of bureaucrats towards the value of consumer and peer support, and attitudes of other organizations. Part of it is that people may feel that they are better skilled to develop and deliver programming. I do not know if they feel we are a threat in terms of the bureaucracy not being able to buy services for the same dollars. I know that in Ontario, a lot of money was given to mental health by the feds, and of all that money, only one organization that got any was a consumer organization. Everything else went to the service providers in the communities. That is great, but I will tell you, having worked in them, that consumer organizations deal with crisis day after day after day. We deal with suicide intervention. When the doors are closed elsewhere we go to our peers. I cannot tell you the number of calls I have gotten in the middle of the night from anywhere across the country because somebody just needs to talk. They know that if they do not talk they are going to blow, and if they blow that will be it.

My best friend committed suicide in 1997. It was very traumatic for me because before he committed suicide, he was the only person I ever went to the Justice of the Peace and said, "We have to put him in hospital." I am not a great fan of hospitals. I am not a great fan of medication, but I realized that he needed help. They came and got him, and he went to the hospital. He had a knife. The police took him out of the drop-in centre and brought him to the hospital. He was out the next day. He committed suicide shortly after. When the head of psychiatry of the provincial psychiatric hospital, who had that time was the head of the Ontario Psychiatric Association, met one of our peers in the hall right after the suicide, the first thing she said was, "He did not write anything in his note about me, did he?" That was her primary concern.

This kind of stuff happens a lot. We need to change the attitudes because I am an articulate individual. I understand the system. I understand what my needs are. I understand when I need medication. I understand when my sleeping is not right. I understand those things about me, just as you, you, and you understand those things about yourself. Nobody can better tell us about ourselves than ourselves. We know when we need help. To misjudge what we know we need when we say loud and clear at a committee meeting, policy meeting, legislative meeting or whatever it be, that this is what we need and this is how we need it, and to negate that we even spoke, and speak as experts from other organizations and professions about our needs, it is unfair and wrong. We need to change attitude.

Mr. Savoie: It will be good to have training programs for the volunteers. It is okay to train them but I think it could be good to have some incentive program, an appreciation program and some type of support, because there are a lot of resources we can use with volunteers.

Mme McKnight : Je pense que nous nous heurtons essentiellement à un état d'esprit : celui des bureaucrates qui doutent de la valeur du soutien des consommateurs et de l'entraide et celui d'autres organismes. Cela s'explique en partie par le fait que certaines personnes s'estiment sans doute plus qualifiées pour élaborer les programmes et les offrir. Je ne sais pas si on voit en nous une menace dans la mesure où l'administration ne pourrait pas fournir les mêmes services pour un même montant. Je sais qu'en Ontario, les instances fédérales ont consacré de grosses sommes d'argent à la santé mentale; or, malgré tout l'argent disponible, seule une organisation de consommateurs s'est trouvée parmi les bénéficiaires. Dans tous les autres cas, ce sont les prestataires de services dans les collectivités qui en ont bénéficié. C'est une très bonne chose mais, pour y avoir travaillé, je peux vous assurer que les organismes de consommateurs s'occupent de situations critiques tous les jours. Nous nous occupons de prévention du suicide. Quand les portes sont fermées partout ailleurs, c'est vers nos pairs que nous nous tournons. Je ne compte plus les appels que j'ai reçus au milieu de la nuit, appels lancés d'un bout à l'autre du pays, simplement parce que quelqu'un a besoin de parler. Ils savent qu'ils doivent parler pour ne pas craquer; ils savent que s'ils craquent, c'est la fin.

Mon meilleur ami s'est suicidé en 1997. Ça été un véritable traumatisme pour moi parce qu'avant qu'il ne se suicide, je suis allée pour la première fois dire à un juge de la paix qu'il fallait qu'il soit hospitalisé. Je n'aime pas beaucoup les hôpitaux. Je n'aime pas beaucoup les médicaments, mais je me suis rendu compte que mon ami avait besoin d'aide. On est venu le chercher pour l'amener à l'hôpital. Il avait un canif. La police l'a sorti du centre d'accueil et l'a amené à l'hôpital. Il en est ressorti le lendemain. Il s'est suicidé peu de temps après. Lorsque la responsable du service de psychiatrie de cet hôpital psychiatrique provinciale, qui à ce moment dirigeait l'Association des psychiatres de l'Ontario, a rencontré l'un de nos pairs dans le couloir tout de suite après le suicide, la première chose qu'elle a dite est ceci : « Il n'a rien dit à mon sujet dans sa note, n'est-ce pas? » C'est d'abord à cela qu'elle a pensé.

Ce genre de comportement est fréquent. Les attitudes doivent changer. Je suis une personne intelligente et je comprends le système. Je comprends quels sont mes besoins. Je sais quand j'ai besoin de prendre des médicaments. Je sais quand mon sommeil est perturbé. Tout comme vous savez ce qui vous perturbe, je sais ce qui me perturbe moi. Personne ne nous connaît mieux que nous-mêmes. Nous le savons lorsque nous avons besoin d'aide. Il est injuste et inacceptable qu'on refuse d'accepter ce que nous disons à l'égard de nos besoins devant un comité ou devant une assemblée quelle qu'en soit la nature et qu'on ne fasse confiance à cet égard qu'à des spécialistes provenant d'autres organismes et d'autres professions. Cette attitude doit changer.

M. Savoie : Des programmes de formation destinés aux bénévoles seront utiles. La formation c'est une bonne chose, mais il serait bon aussi de mettre sur pied un programme d'incitatif et de reconnaissance des bénévoles parce que nous pouvons tirer parti de nombreuses ressources.

Ms. Shamian: My comment is around partnerships. I know that we act as the secretariat to the Canadian Caregiver Coalition, and we brought the groups together because we thought there was a gap in this country around the caregiver agenda. The McConnell Foundation has also sponsored and funded a lot of that development for the last five, six years. They need to be recognized for it.

You talked about the challenge of bringing various organizations together. The question is whether not-for-profit organizations and consumer groups can form a true partnership. This is not a takeover. There is no question that I think people who experience those situations can provide support. If we talk about building a volunteer system, who would be a better volunteer than someone who has gone through the experience, while someone else can pitch in, in the professional arena as needed? If you work with a group that is also part of the mental health system, and you have been volunteering with an individual for the last six months and you see that they need some help, you would not be doubted as you are part of that team.

I think someone in the previous group talked about the whole notion of consumer versus the patient and so on. I do not go into the debate of title; I do not care what the title is. If I learned anything in the last 11 months, and I thought I came in enlightened, it is the notion of who is in the driver's seat. People in the community need to be in the driver's seat.

A week ago we convened a meeting of 20 researchers and 20 VONs to talk about developing a bereavement program for parents who experience loss of children and so on. The research shows that if you take those individuals who have experienced loss, they will be ideal in supporting others, but you also need professionals. The current models do not necessarily work, and maybe new combinations of partnerships between consumer groups and expert groups in the field might be a different kind of model worth trying.

Absolutely everybody needs training, from the caregiver to the chief psychiatrist, and the chief psychiatrist probably needs more than the volunteer.

The Chairman: On training, does anybody know if there are good training programs targeted at volunteers, consumers who are going to be volunteers or family members who are caregivers? I know there are brochures and things you can read. Does anybody actually run a training program? Do you know of any?

Ms. McKnight: We have the Consumers in Action project. Over the past six years, we have worked with Self-Help Connection out of Nova Scotia to develop six modules on different things such as, what is the —

The Chairman: We heard from them. It is interesting you should say that. They have a manual or a book that is targeted at family caregivers. It is reading material, but it is apparently very effective.

Mme Shamian : J'aimerais faire une observation sur les partenariats. Je sais que nous sommes le secrétariat de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels et nous avons constitué cette coalition pour combler un vide que nous avons constaté dans le domaine du soutien aux aidantes et aux aidants naturels. La Fondation McConnell a parrainé de nombreuses activités dans ce domaine au cours des cinq ou six dernières années. Il faut lui rendre hommage pour cela.

Vous avez parlé du défi qui consiste à amener les diverses organisations à concerter leurs efforts. La question est de savoir si les organisations sans but lucratif et les groupes de consommateurs peuvent vraiment former un partenariat. Il ne s'agit pas d'une mainmise. Les jeunes qui sont confrontés à ces difficultés peuvent offrir du soutien. Il est question de constituer un réseau de bénévoles, et qui serait un meilleur bénévole qu'une personne qui a elle-même connu ce genre de problème et à laquelle les spécialistes pourraient faire appel? Si un bénévole faisait partie d'un réseau de santé mentale, on ne mettrait pas en doute son évaluation de la situation si après avoir fait du bénévolat auprès d'une personne pendant six mois, elle disait craindre qu'elle ne se suicide.

Un témoin appartenant au groupe précédent a mis en opposition le consommateur et le patient. Peu m'importe les titres. Si j'ai appris quelque chose au cours des 11 derniers mois — et je pensais être bien renseignée —, c'est qu'il importe de savoir qui mène la barque. Et ce sont les gens du milieu qui doivent mener la barque.

Il y a une semaine, nous avons tenu une réunion à laquelle ont participé 20 chercheurs et 20 VON et où il a été question de l'élaboration d'un programme destiné aux parents qui ont perdu un enfant. Les recherches indiquent que ce sont les parents qui ont déjà perdu un enfant qui, avec l'aide de spécialistes, sont les mieux placés pour aider d'autres parents dans la même situation. Les modèles actuels ne fonctionnent pas nécessairement. Il faudrait peut-être songer à d'autres types de partenariats entre les groupes de consommateurs et les groupes de spécialistes.

Tout le monde a besoin de formation, de l'aidant naturel au psychiatre en chef, et le psychiatre en chef a sans doute besoin de davantage de formation que le bénévole.

Le président : Quelqu'un sait-il s'il existe un bon programme de formation destiné aux bénévoles, aux consommateurs qui vont être des bénévoles ou aux membres de la famille qui sont des aidants naturels? Je sais qu'il existe des brochures. Quelqu'un offre-t-il un programme de formation? Savez-vous si ce genre de programme existe?

Mme McKnight : Il y a le projet Consumers in Action. Au cours des six dernières années, nous avons collaboré avec la Self-Help Connection, en Nouvelle-Écosse, en vue d'élaborer six modules de formation portant sur différents sujets...

Le président : Nous avons entendu parlé de cet organisme. C'est intéressant que vous le mentionniez. Il a produit un manuel qui est destiné aux aidants naturels. C'est un document qui est apparemment très utile.

Ms. McKnight: We have also developed a training program with them. These are the 69 people who came to Ottawa last year, and they took the Train the Trainer program so they can go back into their communities and teach their peers about good mental health. What is good mental health? Watch your diet, watch your exercise, watch your sleeping, know your triggers and that type of thing, as well as how to advocate effectively for yourself, what an advocate is, what an advocate is not, and that type of stuff. It clearly points out all the major issues at a Grade 8 reading level so it is easy to read and understand. These components are well done. In fact, we were funded by Social Development Canada, and every so often we get calls because, for some reason, they keep pulling all these books out of the files and sending them off. Everybody is stealing them, so we have to keep sending them back.

The Chairman: Do you have a batch that you could send us?

Ms. McKnight: I do not have them with me, but I will have them sent.

The Chairman: That would be great.

Ms. Shamian: We have caregiver information, which is not particularly tailored to mental health, and we are currently working with eight organizations such as the Heart and Stroke Foundation of Canada and Le centre local de services communautaires, CLSC, and we would be pleased to share it.

The Chairman: There would be some unique features of targeting mental patients that would be different than say a heart patient. Mr. Savoie, has the CMHA done anything along this line?

Mr. Savoie: I think each region is doing some work. I am not sure if we have something.

The Chairman: It is not the national office, it is regional. Okay.

Senator Trenholme Counsell: I am so impressed by your use of the word "community" over and over again, and it is so true. I grew up in a village and now I live in a small town, so community really means something. It is much more difficult to define "community" if you are in Toronto, Vancouver or many other cities and places across the country.

Let me preface my question by saying, if you have a colostomy performed in a hospital, probably in every hospital across the land you leave with a package of information about how to deal with the colostomy and you have a support system as well; it is well developed. If you are in hospital, and this question only deals with the ones in the hospital, but it could apply equally to physicians' offices, and you leave the hospital after having been diagnosed, your treatment begun or whatever the set of circumstances are, in a community, because it would have to be a community initiative, is that person given a package of information? For example, you have this organization, here is the phone number, here is the address, and they are there for you. Is that done across the land?

Mme McKnight : Nous avons également conçu un programme de formation avec cet organisme. Soixante-neuf personnes sont venues l'an dernier à Ottawa pour suivre le programme de formation des formateurs et ces personnes ont pu ensuite retourner dans leurs collectivités et renseigner leurs pairs sur ce qu'est la bonne santé mentale. Qu'est-ce qu'une bonne santé mentale? Il faut surveiller son alimentation, sa condition physique, son sommeil et connaître les facteurs qui influent sur sa santé mentale. Il faut savoir aussi notamment comment défendre ses intérêts. L'information est présentée de manière à être compréhensible à une personne qui a une huitième année. Tous les modules sont bien faits. Nous avons reçu des fonds de Développement social Canada et on nous appelle souvent pour nous demander de nouveaux exemplaires de ces documents qui disparaissent des tablettes.

Le président : Pourriez-vous nous en envoyer des exemplaires?

Mme McKnight : Je n'en ai pas amenés, mais je veillerai à ce qu'on vous en envoie.

Le président : Nous vous en serions reconnaissants.

Mme Shamian : Nous avons de l'information destinée aux aidants naturels qui ne porte cependant pas spécifiquement sur la santé mentale. Nous collaborons aussi actuellement avec huit organismes, dont la Fondation des maladies du cœur du Canada et le centre local de services communautaires, le CLSC. Nous vous ferons parvenir volontiers cette information.

Le président : On ne s'adresse sans doute pas de la même façon aux personnes atteintes de maladie mentale qu'aux personnes qui souffrent de problèmes cardiaques. Monsieur Savoie, l'ACSM a-t-elle établi des lignes directrices à cet égard?

M. Savoie : Je crois que chaque région s'est penchée sur cette question. Je ne suis pas sûr si nous avons des lignes directrices.

Le président : Je vois, ce n'est pas national, mais régional. Très bien.

Le sénateur Trenholme Counsell : Vous avez vraiment raison d'insister sur l'importance de la collectivité. J'ai grandi dans un village et je vis maintenant dans une petite municipalité. La collectivité signifie quelque chose. C'est un mot qui n'a pas le même sens si l'on vit à Toronto, à Vancouver ou dans de nombreuses autres villes du pays.

Avant de poser ma question, j'aimerais faire un petit préambule. Lorsqu'une personne subit une colostomie à l'hôpital, on lui donne habituellement en partant de l'information sur cette intervention médicale et on la dirige aussi vers un réseau de soutien. Ma question ne porte que sur les personnes qui sont hospitalisées pour cette intervention, mais elle pourrait aussi s'appliquer dans le cas des patients qui sont vus dans les bureaux de médecin : une fois qu'on quitte l'hôpital après le début du traitement, remet-on une trousse d'information au patient? Lui donne-t-on, par exemple, le numéro de téléphone et l'adresse d'un organisme auquel il peut s'adresser. Offre-t-on ce genre de service dans tout le pays.

Ms. Shamian: I was vice-president of nursing at Mount Sinai Hospital in Toronto for 10 years until six years ago. We had a small inpatient psychiatric unit and a very large outpatient day program and psychiatric program. We saw primarily a very acute type of patients across Toronto and elsewhere. Absolutely, they were given information. The question is, what happens with that information? A lot of people with mental illnesses have other illnesses, they do not necessarily have a family network, they are homeless and so on. Hospitals go to the extent of booking people for the next appointment and do not let them go until they have different linkages, but it does not necessarily get acted upon.

Senator Trenholme Counsell: This business of carrying stuff around, we all get weary and do not know where to put it. Sometimes we throw it out.

Ms. McKnight: Often that falls into the realm of what consumer initiatives will plan for in communities, where they have resources. I know because I put a lot of those packages together. They will put in things such as a quarter for the phone, a bus ticket, a map of the city, shampoo, soap, deodorant and things that you might not necessarily get when you are in the hospital. Those things are necessary. I know that it is provided, but it is sparse because there are no dollars to be able to do that for our folks, and it is generally done through consumer initiatives or the patient councils.

Senator Trenholme Counsell: I was not speaking about that. I was speaking about your branch of the National Network for Mental Health, or the Canadian Mental Health Association, or any other support group that specifically might be there. That is the kind of thing I meant; an envelope, even a one-pager that you might fold up and put in a pocket or a purse.

I just had the occasion to speak to the National Cancer Strategy in the Senate and what I learned was that we have so many organizations and so many things. Are we dividing ourselves into so many groups, because we want to do so much, that we are experiencing a real fragmentation in communities and efforts? Is this a factor nationally, albeit also community by community? What do you three people think about this?

Ms. Shamian: The Canadian Policy Research Network, CPRN, has done several studies looking at the not-for-profit charitable sectors, and they documented over 100,000 groups in this country. They are not necessarily only in health. They can be in a lot of other areas, such as boy scouts and others. However, there is a proliferation of charitable not-for-profit organizations that really begs the question around donor dollars, volunteers, and so on. I think Ms. McKnight talked about having multiple consumer groups or others vying for the same issues, so that becomes a challenge.

Mme Shamian : Jusqu'à il y a six ans, pendant 10 ans, j'ai été présidente des services infirmiers à l'hôpital Mont Sinai de Toronto. Nous avions une petite équipe de soins psychiatriques et une très importante clinique externe, de même qu'un programme de soins psychiatriques. Nous recevions surtout des patients de Toronto et d'ailleurs qui avaient besoin de soins très actifs. Je vous dirais que oui, absolument, nous leur donnions de l'information. On peut cependant se demander ce qu'il advient de cette information. Beaucoup de personnes atteintes de maladie mentale ont aussi d'autres maladies; elles n'ont pas nécessairement de réseau familial et il arrive qu'elles soient sans domicile fixe. Les hôpitaux fixent le rendez-vous suivant de ces personnes et vérifient, avant de leur donner leur congé, qu'elles sont en rapport avec différentes ressources, mais ces mesures ne se concrétisent pas nécessairement.

Le sénateur Trenholme Counsell : On nous donne souvent beaucoup de documentation et ne savons plus quoi en faire. Il arrive qu'on la jette tout simplement.

Mme McKnight : Cela dépend souvent de ce qu'on va donner au patient pour faciliter son retour dans la collectivité, quand on a les ressources. Je le sais parce que j'ai moi-même constitué beaucoup de ces trousseaux. On peut y inclure une pièce de 25 cents pour faire un appel téléphonique, un billet d'autobus, une carte de la ville, du shampoing, du savon, du désodorisant et d'autres choses qu'on ne donne pas nécessairement au patient à l'hôpital, mais qui sont nécessaires. Je sais qu'on leur donne certaines choses, mais très peu, parce qu'on n'a pas l'argent nécessaire pour le faire; cela se fait généralement par l'entremise des services aux consommateurs de soins ou des conseils de patients.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce n'est pas de cela que je voulais parler. C'est plutôt de votre section du Réseau national pour la santé mentale, de l'Association canadienne pour la santé mentale ou de tout autre groupe de soutien qui pourrait exister. C'est cela que je voulais dire : une enveloppe ou même un feuillet d'information qu'on pourrait glisser dans sa poche ou dans son sac à main.

Tout récemment, j'ai eu l'occasion, au Sénat, de parler de la Stratégie nationale de lutte contre le cancer; j'ai appris que nous avons un grand nombre d'organisations et de ressources. Nous nous divisons en une multitude de groupes parce que nous voulons faire beaucoup de choses, mais est-ce que cela n'entraîne pas la fragmentation des efforts dans les collectivités? Cette fragmentation des services existe-t-elle à l'échelle nationale, mais aussi dans les collectivités? J'aimerais savoir ce que chacun de vous en pense.

Mme Shamian : Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a mené plusieurs études sur les organismes de bienfaisance sans but lucratif; il a étudié plus de 100 000 groupes au Canada, et pas seulement dans le domaine de la santé. Certains de ces groupes oeuvraient dans beaucoup d'autres domaines, par exemple l'organisation d'activités pour les scouts. Il y a cependant une véritable prolifération des organisations de bienfaisance sans but lucratif, si bien qu'on peut s'interroger sur les effets que cela peut avoir sur les dons en argent, les bénévoles, et ainsi de suite. Mme McKnight a indiqué

Going back to the previous question about leaving packages or information, you mentioned the cancer strategy. I am reminded of the Canadian Breast Cancer Network. A woman from this network will come and talk to you while you are still in the hospital about having breast cancer. Then you will have her telephone number so you can connect with her. When I listen to your discussion around consumers, the thought comes to mind about establishing a similar system for the mentally ill individual. Whether that relationship is maintained or not is an individual choice, but we have some very nice models in the sickness area.

Senator Trenholme Counsell: I think this connectedness is really important. I know that as a family doctor we probably did not give the patient enough information many times on leaving, but things are getting better, for example, breastfeeding. Who the mother calls when she leaves the hospital if she is having a problem with breastfeeding is a good example. This is another important example of who you call when you leave. You probably cannot get through to a family doctor or a psychiatrist. This is something that is tangible and workable, and probably costs very little.

The Chairman: It is interesting that, given the nature of the peer support network in mental health — and I did not know about the breast cancer one, although I saw Senator Pépin nodding that she knew about it — it is interesting that it does not exist, at least not that I know of generally.

[Translation]

Senator Pépin: Mr. Savoie, in one of your recommendations, you asked the committee to consider targeted advertising, especially for young people.

[English]

— to be found actively in any strategy dealing with mental health.

[Translation]

Because if I understand correctly, we are often told that our young people are difficult to reach. Do you have a specific plan or something that you think we could do that would be more effective than everything else? What works?

Mr. Savoie: Well, based on our experience, that worked; it did not cost very much, and we received a bit of financial assistance. We used young actors from an advertising agency for the clips.

Senator Pépin: Wonderful.

qu'une foule de groupes d'utilisateurs ou d'autres associations s'occupent de questions semblables, ce qui peut causer certaines difficultés.

Pour revenir à votre question au sujet des troussees d'information ou d'articles qu'on remet aux patients à leur sortie de l'hôpital, vous avez mentionné la Stratégie nationale de lutte contre le cancer. Cela m'a fait penser au Réseau canadien du cancer du sein. Si vous êtes hospitalisée pour un cancer du sein, une femme appartenant à ce réseau va venir s'entretenir avec vous pendant que vous êtes encore à l'hôpital. Elle vous donnera son numéro de téléphone pour que vous puissiez l'appeler. En écoutant vos échanges au sujet des utilisateurs, j'ai pensé qu'on pourrait mettre sur pied un système analogue pour les personnes atteintes de maladie mentale. Il appartiendra à chaque personne de choisir d'entretenir cette relation ou non, mais il y a d'excellents modèles qui existent déjà pour les personnes atteintes de maladie.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois que ce maintien des liens est très important. Quand j'exerçais la médecine familiale, je pense que nous ne donnions pas assez d'information au patient quand il quittait l'hôpital, mais les choses s'améliorent, par exemple en ce qui concerne l'allaitement maternel. La jeune mère sait qu'elle peut appeler quelqu'un si elle a des difficultés à allaiter après avoir quitté l'hôpital. Il y a quelqu'un qu'elle peut appeler. Le patient ne pourra probablement pas joindre un médecin de famille ou un psychiatre. C'est une solution concrète et faisable, et sans doute peu coûteuse.

Le président : Étant donné la nature du réseau d'entraide dans le domaine de la santé mentale — et je ne savais pas qu'il existait un réseau pour les femmes atteintes de cancer du sein, bien que le sénateur Pépin me fait signe indiquant qu'elle était au courant — je suis surpris qu'un tel réseau n'existe pas, d'après ce que je peux voir.

[Français]

Le sénateur Pépin : Monsieur Savoie, dans une de vos recommandations, vous demandez au comité de considérer la publicité ciblée particulièrement pour les jeunes.

[Traduction]

... qui devrait faire partie intégrante de toute stratégie sur la santé mentale.

[Français]

Parce que si on comprend bien, on se fait dire souvent nos jeunes sont difficiles à rejoindre. Est-ce que vous avez un plan bien spécifique ou quelque chose que vous pensez qu'on pourrait faire qui serait plus efficace que tout le reste? Qu'est ce qui marche?

M. Savoie : Bien disons qu'est-ce qui a marché avec l'expérience qu'on a eu, ce la n'a pas coûté tellement cher et on a eu un petit peu d'assistance financière. Puis on a utilisé des jeunes acteurs d'une agence de publicité pour des clips commerciaux.

Le sénateur Pépin : Sensationnel.

Mr. Savoie: It really worked well.

Senator Pépin: Were the ads on TV?

Mr. Savoie: They were on TV or on radio, and we asked people to contact the CHIMO line if they had problems.

Senator Pépin: Wonderful.

Mr. Savoie: The number of calls also increased.

Senator Pépin: Yes, because you got results. I think things like that help. You have to reach out to young people in their environment, and that affects them a great deal. They watch a lot of TV. I am a member of the social affairs committee, and I would have never thought that there would be so many young people or teenagers who needed the service. The group of witnesses before you talked about a study on suicide and talked about ways of reaching out to these young people.

Mr. Savoie: It means going into their environment.

Senator Pépin: The same thing could also be done with seniors, because we realize that they are being somewhat neglected. That would be another group to target.

Mr. Savoie: Work could even be done with seniors and young people.

Senator Pépin: Exactly.

Mr. Savoie: There could be programs, a kind of connection.

Senator Pépin: That was done for War Services. In some places, it was recommended that grand-parents, seniors, go during recreational activities to give them their meals or to take them out, and it worked in some places. So we could do that indeed.

Mr. Savoie: Yes, we can learn so much from seniors.

Senator Pépin: Yes, thank you very much.

[English]

Senator Cordy: This is a fascinating discussion. I would like to talk first of all about teaching volunteers, and I would like to extend it to how do we teach communities to become involved? Often you hear of situations where a neighbour or somebody will say, "I did not see any activity in that household for the past three or four weeks, but I did not want to phone the police and I did not know who else to call." For the program Meals on Wheels, for example, if somebody sees somebody and their grooming is not good, are they told who they should call? People will talk sometimes to one another but never find the right avenue or the right ear so that something is done. First, how do we all become volunteers or ears within the community? Secondly, for those who are volunteering in other areas, how do we teach them to find the right ear to red-flag a home situation?

M. Savoie : Puis cela a vraiment bien fonctionné.

Le sénateur Pépin : Est-ce que cette publicité passait à la télé?

M. Savoie : Ça passait à la télévision ou à la radio, et on leur demandait, s'ils avaient des problèmes de contacter tel numéro la ligne CHIMO.

Le sénateur Pépin : Sensationnel.

M. Savoie : Le nombre d'appels a aussi augmenté.

Le sénateur Pépin : Oui, parce qu'on a eu le résultat. Je trouve que ce sont des choses comme cela qui aident. Avec les jeunes, il faut les prendre dans leur milieu et cela les touche beaucoup. Ils regardent beaucoup la télévision. Je suis membre du comité des affaires sociales et je n'aurais jamais pensé qu'il y aurait eu tant de jeunes ou d'adolescents qui avaient besoin du service. Le groupe de témoins qui vous a précédés parlait de l'étude sur le suicide et nous parlait de moyens de rejoindre ces jeunes.

M. Savoie : C'est d'aller dans leur milieu.

Le sénateur Pépin : On pourrait faire la même chose avec les personnes du troisième âge également car on s'aperçoit qu'on les laisse un peu de côté. Ce serait un groupe à cibler.

M. Savoie : Il y aurait même du travail qui pourrait être fait avec les gens du troisième âge puis les jeunes.

Le sénateur Pépin : Exactement.

M. Savoie : Il y aurait des programmes, un genre de connexion.

Le sénateur Pépin : On a fait cela pour les Services de Guerres. On avait recommandé dans certains endroits que les grands-parents, les personnes âgées, aillent à l'heure de la récréation pour leur donner leur repas ou bien les faire sortir et cela marche à certains endroits. En fait, on pourrait faire cela.

M. Savoie : Oui, il y a tellement de choses qu'on peut apprendre des gens du troisième âge.

Le sénateur Pépin : Oui, je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Je trouve ces échanges captivants. J'aimerais aborder tout d'abord la formation des bénévoles, ainsi que la formation des membres de la collectivité. On entend souvent parler de cas où un voisin dit : « Je n'ai vu aucun signe d'activité dans cette maison depuis trois ou quatre semaines, mais je ne voulais pas appeler la police et je ne savais pas qui d'autre je pouvais appeler. » Prenons le cas des bénévoles de la Popote roulante; si un bénévole, au moment de livrer un repas à domicile, remarque que la personne a une tenue débraillée, sait-il qui il doit appeler? Les gens se parlent souvent entre eux mais ils ne savent pas à qui s'adresser pour que quelqu'un s'occupe du problème. Premièrement, comment faire en sorte que tous les membres d'une collectivité deviennent des bénévoles ou prêtent l'oreille? Deuxièmement, pouvons-nous former les bénévoles qui oeuvrent dans d'autres secteurs afin qu'ils alertent la bonne personne aux signes de problèmes qu'ils ont observés chez un bénéficiaire de leur service?

Ms. Shamian: Here is my bold suggestion. I think one of your next pieces of work needs to be community health, not in the traditional way, but exactly the way you describe it. I think because we assume that we have got all this transformation, it has different values. In my limited humble experience for the last 11 months, and thinking of a lot of communities throughout my career, that is not the case. We probably need that notion of the old fashioned community configuration with a modern twist in a different way. I do not have an absolute solution and suggestion, but I would love to come and talk to you more about it in a few months because that is exactly the issue for me. How can VON provide leadership in going into a couple of communities and invite other voluntary organizations? It goes back to population health in the broad sense, and how you can come together and say, "How can we assist and work with this community?" I recently heard that in a community such as Brockville there are 10 organizations that do Meals on Wheels. We do not need 10 organizations to do Meals on Wheels, but maybe we need a driving volunteers program to take the elderly to do their banking, or to go to their medical appointments, or Bingo, or God knows what. We need opportunities to experiment with what modern community relationships and building communities mean in the 21st century. There is a lot of literature, but absolutely no action at this point in this country. It is absolutely driving me. I am obsessed with it, but I do not have the answers. We will get there.

How you teach volunteers: I think it is the notion of developing a lot of that information and talking about it. I expect VON to step up to the plate because we probably have the largest number of health community-related volunteers under one organization.

Senator Cordy: You go into households, to homes?

Ms. Shamian: Absolutely, we do.

Senator Cordy: Family caregivers are another issue, and I know you have commented on it. However, when you talked about building a portal for caregivers, would you explain more fully what you mean by a portal?

Ms. Shamian: We started to work with Dominic Cowey of the University of Waterloo who is well known in the field in this country, and an academic group of technology experts from the university. At this point we have been accessing primarily on the web, but you only have to go to one place, and you say this is a web access to caregivers, but then it will take you into your community arena. You can have general information, but then you can say, "Okay, I am interested in what is being done in Fredericton, and furthermore in my community, what service is available?" Build in all that information so people can access it. I will be very happy if we are able to get that far. We will try to get funding and pilot it in the next six months. Once that is piloted we

Mme Shamian : Je vais vous faire une suggestion audacieuse. Je pense que dans l'avenir, vous devriez vous pencher sur la santé communautaire, non pas du point de vue des services traditionnels, mais exactement comme vous venez de le décrire. Nous croyons que, parce que nous avons transformé tout le système, les valeurs ont changé. D'après mon humble expérience des 11 derniers mois, et quand je repense à bien des collectivités où j'ai travaillé pendant ma carrière, ce n'est pas le cas. Il faut probablement conserver l'idée de l'ancienne configuration des collectivités, en adoptant une perspective moderne. Je n'ai pas de solutions ou de suggestions absolues à vous proposer, mais dans quelques mois, j'aimerais discuter davantage de cette question avec vous parce que c'est exactement le problème à mon avis. Comment l'Ordre des infirmières et infirmiers de Victoria pourraient-ils jouer un rôle de chef de file dans certaines collectivités et inviter d'autres organismes bénévoles? Cela nous ramène à la notion générale de santé de la population. Nous devons nous regrouper et nous demander comment nous pouvons aider la collectivité. J'ai appris récemment qu'à Brockville, 10 organisations différentes font la livraison de repas à domicile. Nous n'avons pas besoin de 10 popotes roulantes, mais nous aurions peut-être besoin de bénévoles qui conduiraient les personnes âgées à la banque, à la clinique médicale, au bingo ou ailleurs. Nous avons besoin de projets qui nous permettront d'explorer les relations communautaires modernes et de créer de véritables collectivités au XXI^e siècle. Beaucoup d'articles ont été écrits à ce sujet, mais absolument rien ne se fait en ce moment au Canada. Quant à moi, je suis obsédée par cette question, mais je n'ai pas les réponses. Nous les trouverons un jour.

Vous avez demandé ce qu'on peut faire pour former les bénévoles; je crois qu'il faut rassembler beaucoup d'information et en parler. Je crois que l'Ordre des infirmières et infirmiers de Victoria participeraient à cette formation parce que nous avons probablement le plus grand nombre de bénévoles travaillant dans les collectivités dans le domaine de la santé.

Le sénateur Cordy : Rendez-vous visite aux gens à leur domicile?

Mme Shamian : Absolument.

Le sénateur Cordy : Il y a aussi la question des aidants naturels, les membres de la famille qui prennent soin de malades. Je sais que vous en avez déjà parlé. Vous avez évoqué la création d'un portail pour ces soignants. Pourriez-vous nous donner plus de précisions à ce sujet?

Mme Shamian : Nous avons commencé à travailler avec Dominic Cowey de l'Université de Waterloo qui est bien connu au Canada et avec un groupe d'universitaires qui sont des experts en technologie. Pour l'instant, on peut avoir accès essentiellement à l'information sur Internet et il suffira de consulter un seul site qui permettra aux soignants d'avoir accès à l'information sur les services offerts dans leur localité. On donne d'abord de l'information générale, mais la personne peut ensuite se renseigner sur les services offerts à Fredericton ou dans sa localité. Nous voulons que toute cette information soit versée au système pour que les gens puissent y avoir accès. Si nous y parvenons, j'en serais très heureuse. Nous allons demander des

basically say to the feds and to the provincial governments this is something you should be investing in and let us do it. It should not be complicated. It is a relatively simple solution. Not every Canadian is going to access it, but if you have 40 per cent of caregivers who can access it, that is 40 per cent more than you have today. You can access it also by telephones and in other ways.

Senator Cordy: Sometimes we hear of situations where caregivers do not realize they need help. Particularly, I think, when you get older women looking after their spouses — and I say women because the vast majority of caregivers tend to be women. As the VON, in home situations, do you recommend sometimes that caregivers need help or a little bit of their own time?

Ms. Shamian: Absolutely we do. I think that is part of the problem. There was a question around the multiple number of organizations in the country. When you have a single-function organization, you can do only one thing. However, when you have larger organizations, and if you look at our 50 programs, and the volunteer and paid programs, we could do it in a broader sense. I am not saying that to promote VON; I am saying it as part of a solution. Let us say there is a hospice program, or somebody goes in to do daily living activities for a spouse with Alzheimer's disease, but you know the wife is up every night, seven days a week and so on. You try to work with that family and say, "How about sending in a volunteer twice a week or whatever will work and you can go and play with your grandchildren? Or you can go and sleep and we will take him out. Sleep for a few hours, or go to the hairdresser, or do the things that are important for you to keep relatively human."

We can build all those pieces. We do not need to knock on other organizations and agencies saying, "Can you send someone in?" and line up in the queue for six months. We can put the solutions together. Do you need one organization or can you have partnerships with multiple organizations? As long as you understand that you are there to serve and you put away the ego notion of, it is my territory or your territory, and you understand why you are there, there is no reason why partnerships cannot work. For us, it is terrific because we simply build the pieces and we will continue to build it.

Senator Cordy: We go back to what we started discussing, which was collaboration, cooperation, and working together in communities.

Ms. Shamian: Also, being in the community and understanding what the community needs. Different communities need different things.

Senator Cordy: That is true.

subventions et tâcher de lancer le projet pilote au cours des six prochains mois. Une fois le projet pilote terminé, nous allons demander au gouvernement fédéral et au gouvernement provincial d'investir dans cette initiative que nous mènerons à bien. Cela ne devrait pas être compliqué. C'est une solution relativement simple. Tous les Canadiens n'y auront peut-être pas accès, mais si 40 p. 100 des aidants naturels y ont accès, ce sera 40 p. 100 de plus qu'aujourd'hui. On pourra aussi avoir accès à l'information par d'autres moyens, entre autres par téléphone.

Le sénateur Cordy : Il y a des cas où les aidants naturels ne se rendent pas compte qu'ils ont besoin d'aide. Je pense particulièrement aux femmes âgées qui prennent soin de leur mari — et on sait que la grande majorité des soignants sont des femmes. Lorsque les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Victoria font des visites à domicile, leur arrive-t-il de dire à ces femmes qu'elles ont besoin d'aide ou du moins d'avoir un peu de temps à elles?

Mme Shamian : Absolument. Je pense que cela fait partie du problème. On a posé une question sur le grand nombre d'organisations au Canada. L'organisme qui n'a qu'une seule fonction ne peut faire qu'une chose. Cependant, les grandes organisations peuvent faire beaucoup plus de choses; quant à nous, nous offrons 50 programmes par l'entremise de bénévoles et d'employés rémunérés. Si je le souligne, ce n'est pas pour faire la promotion de notre organisme, mais pour apporter un élément de solution. Prenons le cas d'un programme de soins palliatifs, où un membre de notre organisation rend visite à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pour l'aider dans ses activités quotidiennes; le membre remarque que l'épouse du malade doit se lever toutes les nuits pour s'occuper de son mari. Dans ce cas, on essaie de proposer à la famille d'envoyer un bénévole à domicile deux fois par semaine, par exemple, pour permettre à la dame d'aller jouer avec ses petits-enfants. Ou encore lui proposer d'emmener son mari avec nous pour lui permettre de dormir pendant quelques heures, d'aller chez le coiffeur ou de faire autres choses qui sont importantes et d'avoir l'impression de vivre une vie relativement normale.

Nous pouvons offrir tous ces services sans avoir à faire appel à d'autres organisations ni à attendre pendant six mois pour qu'elles le fassent. Nous pouvons élaborer des solutions. Une organisation peut-elle seule offrir les services ou faut-il s'allier à une foule d'autres organismes? Tant que chacun comprend qu'on est là pour aider et non pas pour se mettre en valeur ou pour défendre son territoire, tant qu'on comprend pourquoi nous existons, le partenariat peut donner d'excellents résultats. Pour nous, c'est formidable parce que nous mettons en place les différents éléments de service et nous continuerons à le faire.

Le sénateur Cordy : Nous revenons à notre sujet initial : la collaboration, la concertation et l'entraide dans la collectivité.

Mme Shamian : Et il faut être sur place afin de comprendre les besoins de la collectivité. Les besoins varient d'une localité à l'autre.

Le sénateur Cordy : C'est juste.

The Chairman: I want to thank you all for coming, but let me ask you to just think about this question and you can give us your opinion down the road. The one thing we have discovered that is very striking about mental health is that when we were doing our previous study on, let me call it the hospital-doctor system, the acute care system, the entire focus was around what I would call an institutional setting: big hospitals and sometimes clinics, but it was very much driven by bigness and professionalism. The more people we talk to with real experience, such as you people on the ground in the mental health system, two things are striking to me. One is that the key is a community focus and not an institutional focus. Also, it is not necessarily a professional focus. It is not to say professionals do not have a role, they obviously do, but the hospital and doctor system does not have exclusively a professional orientation. Trying to get departments of health to reorient their thinking to those two criteria is not an insignificant challenge because the whole orientation of departments of health is one, professionals, and two, buildings. You are telling me the same thing we are getting from everybody else, and that is why your information has been so useful to us today. I think if we say it has to be community focused and there has to be a big role for non-professionals, all departments will say, "Oh yeah that is right" and then they will continue doing business the way they are already doing business. To stop them doing business the way we are doing business, we have to be able to give them some very concrete suggestions that we can then monitor and if they do not do it, we can hassle them. If anybody can think about that, it would be very useful to us.

Ms. Shamian: New Brunswick is the perfect model because here social services and health services are merged together. In most of the provinces they are separate ministries, and I do not need to tell you —

The Chairman: Right. In every other province they are separate ministries.

Ms. Shamian: Yes, so I think that is very concrete, and I know I have been having that conversation in Ontario and other provinces. To think the way that you think of communities, you need the social folks around the table to start with.

The Chairman: That is really useful, but if you have more specific things I would appreciate hearing them.

Senator Trenholme Counsell: They have divided the department again now in New Brunswick.

The Chairman: Have they?

Senator Trenholme Counsell: I would like your reaction to this. It is not my turn to give my ideas, but if I was starting out, as of tomorrow, to make all this better — and I think New Brunswick has it right on these community health centres — I would try to build community health centres community by community, and

Le président : Je vous remercie tous d'avoir été des nôtres, mais permettez-moi de vous poser cette question à laquelle vous pourrez répondre plus tard. Ce qui est très frappant dans le domaine de la santé mentale, comme nous l'avons constaté dans notre étude précédente qui portait sur le système des soins actifs, appelons-le le système des hôpitaux et des médecins, c'est que toute l'attention est concentrée sur le milieu hospitalier. On ne s'attache qu'aux grands hôpitaux et parfois aux cliniques, en donnant beaucoup d'importance à la dimension de ces établissements et au professionnalisme des intervenants. Or, deux choses me frappent depuis que nous avons commencé à nous entretenir avec des gens qui ont une expérience concrète de ces réalités, comme vous qui travaillez sur le terrain, dans le système de santé mentale. Premièrement, il faut mettre l'accent sur la collectivité, et non pas sur les établissements. Deuxièmement, les services ne doivent pas nécessairement être offerts par des professionnels. Bien entendu, les professionnels ont évidemment un rôle à jouer, mais tout ne repose pas entre les mains des professionnels comme dans les hôpitaux et les cliniques médicales. Il n'est pas facile d'amener les ministères de la Santé à repenser leur approche en fonction de ces deux critères parce que les activités des ministères de la Santé sont entièrement axées sur a) les professionnels et b) les immeubles. Ce que vous nous avez dit correspond à ce que tous les autres témoins nous ont dit et voilà pourquoi vos témoignages nous ont été aussi utiles. J'aimerais bien connaître vos suggestions si vous en avez, parce que nous pouvons très bien dire, il faut mettre l'accent sur les collectivités et il faut que les non-professionnels jouent un rôle important, mais les ministères se contenteront d'exprimer leur accord du bout des lèvres et ils continueront à fonctionner comme ils le font en ce moment. Pour les amener à changer leur mode de fonctionnement, nous devons leur faire des propositions très concrètes, leur suggérer des changements que nous pourrions surveiller de manière à pouvoir les harceler s'ils ne les font pas. Si vous avez des idées à ce sujet, ce serait très utile pour nous.

Mme Shamian : En fait, le Nouveau-Brunswick est le modèle parfait parce que les services sociaux et les services de santé y sont fusionnés. Dans la plupart des provinces, ils relèvent de ministères différents, et je n'ai pas besoin de vous le dire...

Le président : En effet. Dans toutes les autres provinces, ces services relèvent de ministères différents.

Mme Shamian : Oui. C'est quelque chose de très concret à mon avis. J'ai discuté avec des gens de l'Ontario et d'autres provinces et pour adopter cette approche relative aux collectivités, il faut tout d'abord parler aux gens des services sociaux.

Le président : C'est une excellente idée, mais avez-vous des suggestions plus précises.

Le sénateur Trenholme Counsell : En réalité, on a redivisé le ministère au Nouveau-Brunswick.

Le président : C'est vrai?

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais savoir ce que vous en pensez, parce que ce n'est pas à moins d'exprimer mes idées en ce moment. Je pense que si je commençais ma carrière et si nous voulions améliorer les choses dès demain — et je crois que le Nouveau-Brunswick a la bonne approche en ce qui concerne les

have family doctors and all the people in all these organizations working out of there. I think as long as you have a mental health clinic or whatever, unfortunately, that has a stigma attached to it. If we talk about health and we could bring everybody together around health under this roof, or an extended roof or whatever, I think that is the future. That is community, it is health, and there is no stigmatization. You can bring together professionals from all the different groups and you can bring together community groups. The sooner we get at it the better, I think. I do not know how that would be in downtown Toronto, but I mentioned it in Toronto when we were there.

Ms. Shamian: Yes, I would not get at it from the health and acute care perspective. I was not joking when I said that I would be absolutely in seventh heaven if this group would apply its mindset as you did previously around understanding what community and social fabric is, and it fits right into your title. We have some perspectives on it, but it will take some figuring out, and I do not know if anybody has really figured it out. I think we need to look at some of the Scandinavian countries and some of the developing countries that are coming up with amazing solutions.

The Chairman: As Senator Cook is fond of saying, "When you do not have any money it is surprising how creative you can be."

Thank you all for coming. It is much appreciated.

Senators, we have one walk-on today, Mr. Charles LeBlanc. Mr. LeBlanc, we appreciate your coming and being with us. I know you have a statement and we will probably have time for one or two questions before we have to catch a plane.

Mr. Charles LeBlanc, As an individual: I am glad to hear that I was supposed to appear at four o'clock. Senator Trenholme, nice to see you again. This is twice in front of the Senate and you are here. I shook my head I said, "Oh my gosh, she has to listen to me for another four minutes." I just want to go on record, I was told that you will not be asking question with my presentation?

The Chairman: We will ask one or two because we have time. Normally we do not. It is a function, frankly, of time.

Mr. LeBlanc: Well, I thought because it was mental illness that I was not intelligent enough to answer the question. That is why I was concerned.

The Chairman: No, when we did this with business people on bank mergers it was the same thing, so, no, no.

Mr. LeBlanc: Okay. No problem; so you saw how I acted the last time. Four minutes, can I do it? Did I do well the last time? Now, I have to go fast, four minutes.

centres de santé communautaire — je tâcherais de construire des centres de santé communautaire dans chaque localité; les médecins de famille et tous les membres de ces organisations y seraient regroupés. À mon avis, ceux qui fréquentent les cliniques de santé mentale seront toujours stigmatisés. Je pense que dans l'avenir il faut offrir le service dans ces centres de santé où tout le monde travaillera sous le même toit, ou dans une annexe de ce centre. On parlera de santé communautaire et personne ne serait stigmatisé; les professionnels de la santé de tous les domaines y travailleraient, de même que les associations communautaires. Il faudrait créer ces centres le plus tôt possible à mon avis. Je ne sais pas quelle forme ils pourraient prendre au centre-ville de Toronto, mais j'ai mentionné cette idée à Toronto quand nous y avons tenu des audiences.

Mme Shamian : Effectivement. Je n'envisagerais pas cette solution du point de vue de la santé et des soins actifs. Je parlais sérieusement lorsque j'ai dit que je serais au septième ciel si votre comité appliquait la même approche qu'il a déjà appliquée pour comprendre ce qu'est une collectivité et ce qu'est le tissu social. Nous avons tous notre point de vue à ce sujet, mais il faudra éclaircir bien les choses. Je ne sais pas si on a vraiment tiré tout cela au clair. Il faudrait examiner ce qui se fait dans certains pays scandinaves et certains pays en développement qui ont trouvé des solutions remarquables.

Le président : Comme Joan Cook se plaît à dire : « Quand on n'a pas d'argent, on peut être étonnamment créatif. »

Je remercie tous les témoins d'être venus ici contribuer au débat.

Chers collègues, nous avons un témoin de dernière minute aujourd'hui, M. Charles LeBlanc. Monsieur LeBlanc, nous vous remercions d'être venu nous rencontrer. Je crois comprendre que vous voulez faire une déclaration et nous aurons sans doute le temps de vous poser une ou deux questions avant de quitter pour prendre l'avion. Vous avez la parole.

M. Charles LeBlanc, témoignage à titre personnel : Je suis heureux d'apprendre que j'étais censé comparaître à 16 heures. Sénateur Trenholme, je suis ravi de vous revoir. C'est la deuxième fois que vous venez ici à titre de sénateur. Je suis désolé que vous deviez m'écouter encore pendant quatre minutes. On m'a dit que vous ne poseriez pas de questions au sujet de mon exposé?

Le président : Nous aurons le temps de vous poser une ou deux questions. En règle générale, nous ne le faisons pas. Cela dépend tout simplement du temps dont nous disposons.

M. LeBlanc : Je pensais que c'était parce que l'audience portait sur la santé mentale et qu'on ne me jugeait pas assez intelligent pour répondre aux questions. Voilà pourquoi cela m'inquiétait.

Le président : Non, quand nous avons tenu des audiences avec des hommes d'affaires sur la question de fusion de banques, la même règle s'appliquait. Cela n'a rien à voir avec le sujet des audiences.

M. LeBlanc : D'accord. Vous avez vu comment je me suis comporté la dernière fois. Quatre minutes, est-ce possible? Je dois faire vite. Je n'ai que quatre minutes.

The Chairman: Okay, away you go.

Mr. LeBlanc: I was born in Memramcook and brought up in Saint John.

I found out six years ago that I have ADHD. I wrote a column in the *Reader* and the *Telegraph Journal* in Saint John. After that column appeared, I received about 40 phone calls from parents who were crying on the phone about how their kids were treated in the school system. I have no kids of my own. Thank God for that. I contacted Bernard Lord and I said, "Listen Bernard, as leader I have got to talk to you about the issue of Ritalin." He said, "Charlie, I know there is a major problem. I get so many phone calls at my office in my Moncton East. Once we get in power we are going to study the issue." He was elected Premier and then he said, "Ritalin, what are you talking about Charlie? There is not a problem."

When I found I had ADHD I worked for the Irvings. The Irvings hired me for a construction company. Then I had to go for a urine test. They check for drugs and all that. I am talking very fast, I am very sorry, I have to hurry up. Anyhow, they checked for drugs. I told them I do not take drugs. I said, "I am on Ritalin; I have ADHD." I expected them to say, "What, you are one of them? My God you are full of energy, come on join the team." They said that I was not allowed to learn a trade or anything else. I am going fast. I am very sorry. I only have four minutes. This is such a big, big problem.

I made a complaint to the New Brunswick Human Rights Commission. They faxed a memo; I have the memo right here. I do not have time to read it, but they said that because I told them I had ADHD, and I was on Ritalin, I was limited. I was not allowed to learn a trade. I was paid lower wages than everybody else, and I was not allowed to drive a car. The New Brunswick Human Rights Commission, which is a big farce in this province, excuse my language, said that people with ADHD are limited, close to mental retardation. That is a big lie. People with ADHD are highly intelligent. In 2002, I went on a hunger strike in front of the legislature for 12 days. Then the government did not want to study the issue of Ritalin. In 2003, I sent up a tent and I stayed in the tent in front of the legislature for six months. You know that, Senator Trenholme Counsell. Anyhow, I collected 10,000 names that said that I agree — this is not funny. Two girls inside and behind there are laughing their heads off.

The Chairman: They are interpreting. They are having trouble.

Mr. LeBlanc: I am distracted.

Le président : Très bien, allez-y.

M. LeBlanc : Je suis né à Memramcook et j'ai grandi à Saint John.

Il y a six ans, j'ai appris que je souffre du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, ou pour utiliser l'acronyme, du THADA. J'ai écrit un article dans le *Reader* et le *Telegraph Journal* de Saint John. Par la suite, j'ai reçu une quarantaine d'appels de parents qui m'ont raconté, en pleurs, comment leurs enfants étaient traités dans le système scolaire. Moi, je n'ai pas d'enfants et j'en remercie le ciel. J'ai communiqué avec Bernard Lord et je lui ai dit que je voulais lui parler de la question du Ritalin. Il m'a répondu qu'il savait qu'il s'agit d'un problème grave parce que beaucoup de gens appelaient son bureau dans la circonscription de Moncton-Est à ce sujet. Il m'a dit qu'une fois qu'il serait au pouvoir, il allait étudier cette question. Mais voilà qu'après avoir été élu premier ministre, il renie ce qu'il m'a dit et affirme que le Ritalin ne pose pas de problème.

Quand j'ai appris que je souffrais du THADA, je travaillais pour la famille Irving. Je travaillais pour une compagnie de construction qui lui appartenait. J'ai dû subir une analyse d'urine, parce qu'on fait passer des tests aux employés pour détecter des drogues. Je leur ai dit — et je m'excuse de parler très vite, car je suis pressé. Bref, ils ont fait des tests pour voir si les employés avaient pris de la drogue. Je leur ai dit que je ne prends pas de drogue mais que je prends du Ritalin parce que je suis atteint du THADA. Je m'attendais à ce qu'ils me disent : « C'est vrai, mais vous êtes débordant d'énergie, venez vous joindre à notre équipe. » Ils m'ont dit, au contraire, que je n'avais pas le droit d'apprendre un métier ou quoi que ce soit. Je parle très vite et je m'en excuse. C'est que je n'ai que quatre minutes. C'est un très grave problème.

J'ai porté plainte devant la Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick. Ils m'ont envoyé une note par télécopieur; je l'ai avec moi; mais je n'ai pas le temps de vous la lire. Ils m'ont dit que j'étais limité parce que j'avais le THADA et que je prenais du Ritalin. On ne m'a pas permis d'apprendre un métier. J'ai été moins bien rémunéré que tous les autres et on ne m'a pas permis de conduire une voiture. La Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick, qui est une gigantesque farce dans notre province, excusez-moi de le dire, a déclaré que les gens qui souffrent du THADA sont limités, que ce sont presque des arriérés mentaux. C'est absolument faux. Les gens atteints du THADA sont très intelligents. Voilà pourquoi en 2002, j'ai fait la grève de la fin devant l'Assemblée législative pendant 12 jours. Le gouvernement n'a pas voulu faire une étude sur le Ritalin. En 2003, j'ai monté une tente devant le Parlement de la province et j'y suis resté pendant six mois. Vous étiez au courant, n'est-ce pas Marilyn? Ensuite, j'ai recueilli 10 000 signatures de gens qui disaient être d'accord — ce que je dis n'est pas drôle. Il y a deux jeunes femmes là-bas derrière qui rient à gorge déployée.

Le président : Ce sont des interprètes. Elles ont du mal à vous suivre.

M. LeBlanc : Cela m'a distrain.

The Chairman: Please continue.

Mr. LeBlanc: Is it funny what I am saying? I only have four minutes.

The Chairman: You were talking quickly and they were trying to interpret it.

Mr. LeBlanc: I know, but what can I do?

The Chairman: Just continue with your statement, please.

Mr. LeBlanc: People with ADHD are easily distracted. That is what I am getting at. You have inclusion in the classroom. You have autism, ADHD and MS, all in the same classroom. Kids with ADHD are easily distracted with all the noise. That is why inclusion does not work in this province.

I collected 10,000 names on a petition that said, "I agree that Ritalin is over-prescribed in this province." Citizens of New Brunswick asked for a study on this issue.

I hear during the protest that kids were labelled no less than idiots and stupid, when they are taking Ritalin. That is sad. Some kids need it. Let us face the facts here but if you take it you are labelled.

Under the New Brunswick Human Rights Commission, a decision was made behind closed doors that if you take Ritalin, you are close to mental retardation, and that is not right.

I hear these stories on the street. I was in a tent, you know that. I hear of kids who were forced to take Ritalin and after that they go onto stronger drugs like pain killers and all that. These kids are highly intelligent. Bill Gates has ADD. Vince McMann from the World Wrestling Federation, WWF, you must have heard of him, he went on *60 Minutes*. He said that he has ADHD. Only an ADHD brain would come out with the soap opera that they come out with on the wrestling. His mind is always going. Bill Clinton has ADD. Do not tell me he does not have it. He cannot shut up and they pay him millions. That is the bottom line. These politicians in Ottawa and here in Fredericton, if you see them act on the floor, they refuse to take the Ritalin. They all have ADHD. Here in New Brunswick, it is cheaper to drug our kids than to treat them with dignity.

Two more points and I am done. I hear that there are people on social assistance who are taking an upgrading class and there are 22 parents in that classroom. All their kids are on Ritalin.

There is a double-blind study. One day the pharmacist gives a vitamin pill and the other day he gives a Ritalin, and they mark it all down, how was the attitude of the child? Unfortunately, that cost \$1,400 and a lot of poor people cannot afford that so what do they do? Dr. Dennis Furlong who used to be the Minister of

Le président : Veuillez continuer.

M. LeBlanc : Qu'est-ce qu'il y a de drôle dans ce que j'ai dit? Je n'ai que quatre minutes.

Le président : Vous parliez très vite et elles essayaient de vous interpréter.

M. LeBlanc : Je sais, mais que puis-je y faire?

Le président : Veuillez continuer votre déclaration.

M. LeBlanc : Les personnes qui souffrent du THADA sont facilement distraites. Voilà où je veux en venir. On inclut ces personnes dans les classes normales. Il y a des enfants atteints d'autisme, du THADA et de la sclérose en plaques, tous de la même classe. Les élèves qui souffrent de THADA se font distraire facilement par tout ce bruit. Voilà pourquoi leur intégration dans les classes normales ne donne pas des bons résultats dans cette province.

J'ai recueilli 10 000 noms avec une pancarte disant ceci : « Le Ritalin est trop souvent prescrit dans cette province. » Les citoyens du Nouveau-Brunswick ont demandé que la question fasse l'objet d'une étude.

Au cours de la manifestation, on m'a dit que les enfants étaient étiquetés comme étant idiots ou stupides parce qu'ils prenaient du Ritalin. C'est triste. Certains enfants en ont besoin. Il faut bien l'admettre. Si une personne prend du Ritalin, on lui appose cependant une étiquette.

La Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick a rendu à huis clos une décision dans laquelle on associe le Ritalin à l'arriération mentale, ce qui est inacceptable.

Ces histoires me sont racontées par des gens dans la rue. J'étais dans une tente et j'ai entendu quelqu'un dire que des enfants étaient forcés de prendre le Ritalin et que cela les amenait par la suite à consommer des médicaments plus puissants comme des analgésiques. Ces enfants sont très intelligents. Bill Gates souffre du HDA. Vince McMann de la World Wrestling Federation, la WWF, dont vous avez sûrement entendu parler, a révélé à l'émission *60 Minutes* qu'il souffrait aussi de ce problème. Seul un cerveau atteint de l'HDA peut produire un téléfeuilleton où on s'adonne à la lutte. Son cerveau n'arrête jamais. Bill Clinton souffre aussi de l'HDA. Ne me dites pas le contraire, parce que cet homme ne se tait jamais et on le paie des millions pour parler. Ça revient tout simplement à cela. Les politiciens à Ottawa et à Fredericton refusent de prendre du Ritalin, mais on voit bien à leur comportement qu'ils ont l'HDA. Au Nouveau-Brunswick, cela coûte moins cher d'administrer des médicaments aux enfants que de les traiter avec dignité.

Je n'ai que deux autres points dont j'aimerais vous parler. On me dit qu'il y avait 22 parents qui reçoivent de l'aide sociale qui suivent des cours de rattrapage scolaire. Tous leurs enfants prennent du Ritalin.

On a effectué une étude à double insu. Un jour le pharmacien donne un comprimé de vitamine et l'autre jour, du Ritalin. On voit ensuite s'il y a un changement dans le comportement de l'enfant. Malheureusement, ce genre de test coûte 1 400 \$ et bien des personnes pauvres ne peuvent pas se le permettre. Que fait-on

Health and Wellness and Minister of Education told me, "Ritalin is not over-prescribed, it is over-diagnosed. It is too easy to be diagnosed with ADHD."

Ritalin is a problem across Canada. The drugging and killing of our children must come to a stop. That is what I have to say.

The Chairman: Mr. LeBlanc, thank you very much for coming. In fact, we will not have time for questions because there is a second walk-on. Am I correct?

Chief Susan Levi-Peters, As an individual: Yes, but I will only take one minute.

The Chairman: That is fine.

Mr. LeBlanc: I do not think she has ADHD, so she only has one minute.

Ms. Levi-Peters: I was going to come and see you because I remember when you came to our Sea Cadets.

Senator Trenholme Counsell: Yes.

The Chairman: Go ahead with your comment.

Ms. Levi-Peters: I would like to thank the honourable board for allowing me to speak here today. I received an invitation and I am very glad that I am here. I am a strong believer that everything happens for a reason. I was not sure if I would have been able to talk.

The thing that I would like to see is more input from Native and First Nation people on these issues. I am the Chief of Elsipogtog First Nation, the largest First Nation in New Brunswick. I have a population of 2,700 people. We had massive suicides at one point in time. As everybody knows around the panel, we have had the issues that were talked about here by the professionals and the experts; we have experienced it. If anything, my staff and my experts back home, how do you say that — do you have translators in Mi'kmaq — would be a lot of benefit to the board here because we have experienced it. We have been there with no money. The federal government does not provide any funding for mental health for First Nation people. When we go to the provincial level, the province tells us it is not our responsibility, it is the federal government. We go to the federal government and they tell us, "We give the money to the province, go to the province." We are the people who are in limbo.

I can go into a lot of things that were discussed here, and I know the frustration of the board in asking what the solution is. There are a lot of solutions, such as the caregivers should be given more support. In the school system, I believe that there should be suicide prevention training for our children, especially our youths; life skills for our children; and more support in the community, a community focus. A lot of these issues that were brought up here

donc? Voici ce que m'a dit M. Furlong qui était ministre de la Santé et ministre de l'Éducation : « Le Ritalin n'est pas trop prescrit, mais l'HDA est diagnostiquée chez trop de personnes. »

L'administration du Ritalin pose problème au Canada. Il faut cesser de droguer et de tuer nos enfants. Voilà ce que je voulais vous dire.

Le président : Monsieur LeBlanc, je vous remercie de votre témoignage. Nous n'aurons pas de temps pour poser des questions parce qu'il y a un deuxième témoin de dernière minute, n'est-ce pas?

Le chef Susan Levi-Peters, témoignage à titre personnel : Oui, mais je ne prendrai qu'une minute.

Le président : Très bien.

M. LeBlanc : Elle n'a qu'une minute. Je ne pense pas qu'elle souffre de l'HDA.

Mme Levi-Peters : J'allais venir vous saluer parce que je me souviens du jour où vous êtes venu rencontrer nos cadets de la marine.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui.

Le président : Allez-y.

Mme Levi-Peters : Je voudrais remercier ce comité de me permettre de prendre la parole devant lui aujourd'hui. J'ai été invitée à participer à cette réunion et je suis heureuse d'être ici. Je suis fermement convaincue que tout ce qui se produit a une raison d'être. Je suis vraiment honorée de prendre la parole devant le comité. Je n'étais pas sûre de pouvoir le faire.

Ce que j'aimerais vraiment, c'est que les membres des Premières nations soient davantage consultés sur toutes les questions de ce genre et je songe notamment aux questions liées à la santé mentale. Je suis chef de la Première nation Elsipogtog, la plus importante Première nation du Nouveau-Brunswick. Deux mille sept cents personnes appartiennent à notre Première nation. À une époque, le taux de suicide était très élevé dans notre population. Comme vous le savez tous, nous avons été confrontés aux problèmes dont vous ont parlé les spécialistes. Je pense que mon personnel et que les spécialistes qui travaillent pour nous pourraient être d'une grande utilité pour le comité. Avez-vous des interprètes vers le Mi'kmaq? Nous manquons de fonds. Le gouvernement fédéral n'accorde aucun financement aux Premières nations pour lutter contre les problèmes de santé mentale. Quand nous nous adressons au gouvernement provincial, on nous répond que c'est un domaine de compétence fédérale. Le gouvernement fédéral nous dit de nous adresser à la province à qui il donne des fonds. Nous sommes les laissés-pour-compte.

Je pourrais vous entretenir de tous les sujets qui ont été abordés et je comprends la frustration des membres du comité. Il existe pourtant des solutions à ces problèmes. Il faudrait notamment que les fournisseurs de soins reçoivent davantage de soutien. Par l'intermédiaire du système scolaire, on devrait aussi mettre l'accent sur la prévention du suicide auprès de nos enfants et en particulier de nos adolescents, augmenter la formation dynamique

are very positive. However, the downfall is that you do not have First Nations input in these issues, and we are part of Canada. We are part of New Brunswick.

The Chairman: Absolutely, and let me make two comments. First, we are unbelievably sympathetic to your cause. The reality is that the health outcomes, not just mental health outcomes, the health outcomes among First Nations are frankly totally unacceptable in a modern country like Canada. We indicated in our earlier report that the real question was, how do you deal with the problem? Clearly it is the federal government's responsibility, and it is not living up to its responsibility in a sense that no country such as ours should have third world outcomes, which is what we have on reserves. We will say something about that in some very tough detail, I would suspect.

Secondly, although we have not done our western swing yet, we will be getting a significant amount of help from First Nations leaders when we are in Edmonton, which will depend on whether or not there is an election. We do not know whether we are in Edmonton in June or October, but in any event when we are in Edmonton. The Alberta Mental Health Board has an advisory committee of elders of the province called the Aboriginal Mental Health Wisdom Committee, and they are coming to spend an evening talking to the committee. There is a similar group in British Columbia, which we will also meet with, at some point. We have been encouraged by the response to the committee from a number of the chiefs, the elders, who are very concerned, particularly about the suicide problem as you point out, but generally about, first, the mental health service delivery on reserves, and secondly, the overall delivery of health services on reserves. I was not at all sure they would be willing to come and talk to us, but they are enthusiastic about it, so I have been told by leaders in both provinces. We are very sympathetic to your cause.

I get back to what I said a minute ago. The reality is that if most Canadians understood the health outcomes among people living on a reserve they would be so appalled that they would insist they do something about it. It is truly scandalous, and trust me, we will be coming out very strong on that issue. Even though most First Nations live west of the Ontario-Manitoba border, we are really delighted that you came and made a comment.

You want to make one last comment?

Ms. Levi-Peters: Yes, I want to make one more. I am hoping that you would get some eastern First Nations people, because I am a very strong believer in treaties. It is here in Atlantic Canada that they were signed. I strongly believe that the heart of Canada is in Atlantic Canada. I am biased.

de la vie et accroître le soutien communautaire. Il s'agit de mesures positives qui ont été recommandées. Or, les Premières nations ne sont pas consultées sur les mesures qu'il convient de prendre alors qu'elles font partie du Canada. Nous faisons partie du Nouveau-Brunswick.

Le président : Absolument. Permettez-moi de faire deux observations. Premièrement, nous sommes totalement gagnés à votre cause. La situation des Premières nations sur le plan de la santé, et en particulier sur le plan de la santé mentale, est tout à fait inacceptable dans un pays moderne comme le Canada. Nous avons déjà dit dans un rapport précédent que la véritable question qui se pose est de savoir comment régler le problème. Il est bien évident que le gouvernement fédéral ne s'acquitte pas bien de ses responsabilités dans ce domaine qui relève de sa compétence, dans la mesure où un pays comme le nôtre ne devrait jamais permettre des conditions comme celles qui existent dans le tiers monde et c'est le cas dans les réserves. Nous ne ménagerons pas nos mots à cet égard dans notre rapport.

Deuxièmement, nous allons obtenir beaucoup d'aide des dirigeants des Premières nations lorsque nous serons à Edmonton. Nous ne sommes pas encore allés dans l'Ouest et tout dépend de la tenue d'élections. Nous irons à Edmonton soit en juin, soit en octobre. Quoi qu'il en soit, le Mental Health Board of Alberta compte un comité consultatif composé d'ainés, comité qui porte le nom de Wisdom Council (Conseil de la sagesse). Le conseil discutera de toutes ces questions avec le comité pendant toute une soirée. Il existe un groupe analogue en Colombie-Britannique que nous rencontrerons aussi. Nous trouvons très encourageant le fait que bon nombre de chefs et d'ainés se préoccupent très sérieusement du problème général de la prestation des services de santé dans les réserves et plus particulièrement de la prestation des services de santé mentale, et notamment des services de prévention du suicide. Je n'étais pas sûr que ces chefs et ces aînés étaient disposés à nous rencontrer, mais les dirigeants autochtones de ces deux provinces me disent qu'ils sont tout à fait prêts à le faire. Nous sommes donc complètement gagnés à votre cause.

Je reviens à ce que je disais tantôt : la réalité, c'est que si la plupart des Canadiens étaient conscients des résultats et de la situation sur le plan de la santé chez les personnes vivant dans les réserves, ils seraient tellement horrifiés qu'ils insisteraient pour qu'on fasse quelque chose. En effet, c'est vraiment scandaleux, et croyez-moi, nous n'allons pas mâcher nos mots à cet égard. Donc, même si la plupart des Premières nations se situent à l'ouest de la frontière Ontario-Manitoba, nous sommes vraiment ravis que vous soyez venus nous parler.

Voulez-vous ajouter une dernière observation?

Mme Levi-Peters : Oui, une seule et dernière. J'espère que vous allez entendre des membres des Premières nations de l'Est, puisque le fait est que moi aussi, je crois fermement aux traités. C'est ici au Canada atlantique qu'on les a conclus. Je crois fermement que le cœur du Canada se situe au Canada atlantique. J'ai un parti pris.

The Chairman: There are mainly Atlantic Canadians around the table. I know that Senator Trenholme Counsell is going to make a comment. Unfortunately, I have to run to the airport because I have a plane in an hour.

Senator Trenholme Counsell: It is just a comment.

The Chairman: Senator Pépín wants to make a comment too.

Senator Trenholme Counsell: I am late to the committee, but I hope, Chair, that this representation is reinforced, that we will have a section on mental health in our Aboriginal communities. No matter how long it takes to get this done, I think it would be irresponsible to publish it without this representation.

Ms. Levy-Peters: When I heard the guest speaker on this side talking about the solution and problems and going to a third world country or something, I wanted to tell her, come to my community if you want to see the problem, the solution, and possibly the future. Come look at us.

Senator Joan Cook (*Acting Chairman*) in the chair.

Senator Pépín: We have also Senator Rivest who is joining us, and he is the Chief at Pointe Bleue. He is coming from Quebec but he is a very important leader in your community in Quebec. He was supposed to be here, but unfortunately he could not make it but he will be attending committee meetings in the rest of the country.

Ms. Levi-Peters: Is it all right for me to submit recommendations to the committee and if so, where do I send them? We have no money and we have a mental health program in Elsipogtog that we had to use up dollars from another program for because there are no federal dollars for it.

The Acting Chairman: Before you leave the table, I would like to thank you for coming. Also, there is an opportunity, if you wish, to send a written submission to the committee and it will be carefully considered as we produce the report. Send it to the Senate of Canada and we will get it.

Ms. Levy-Peters: Thank you very much.

The Acting Chairman: Senators, to make it formal and legal, this session is now adjourned.

The committee adjourned.

Le président : Ce sont surtout des Canadiens de l'Atlantique qui sont autour de la table. Je sais que le sénateur Trenholme Counsell va faire une observation. Malheureusement, je dois me dépêcher pour me rendre à l'aéroport parce que mon avion décolle dans une heure.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce n'est qu'une observation.

Le président : Et le sénateur Pépín aimerait faire une observation aussi.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je n'étais pas là au début, mais j'espère, monsieur le président, que l'on donnera suite à ces instances, que nous aurons une section sur la santé mentale dans les collectivités autochtones. Peu importe le temps qu'il faudra y mettre, j'estime que ce serait irresponsable de produire un document qui n'en parle pas.

Mme Peters : Oui. Effectivement, quand j'ai entendu le principal intervenant de ce côté-ci parler de la solution et des problèmes comme s'il s'agissait de se rendre dans un pays un tiers monde, je voulais lui dire, venez dans ma collectivité si vous voulez voir le problème, la solution, et éventuellement l'avenir. Venez nous regarder.

Le sénateur Joan Cook (*présidente suppléante*) occupe le fauteuil.

Le sénateur Pépín : Nous avons également le sénateur Rivest qui se joint à nous, et il est le chef à Pointe Bleue. Il vient du Québec. Mais c'est un leader très important de votre communauté au Québec. Il était censé être là, mais malheureusement il n'a pas pu venir ici, mais il participera aux séances du comité dans le reste du pays.

Mme Levi-Peters : Puis-je soumettre des recommandations au comité, et où est-ce que je dois les envoyer? Nous n'avions plus d'argent pour notre programme de santé mentale à Elsipogtog, si bien que nous y avons réaffecté le financement de notre programme après avoir épuisé le financement fédéral. Merci beaucoup.

La présidente suppléante : Je tiens à vous remercier de votre témoignage. Si vous le souhaitez, vous pouvez envoyer des observations écrites au comité, et nous les examinerons attentivement et en tiendrons compte au moment de la préparation de notre rapport. Vous n'avez qu'à les envoyer au Sénat du Canada, et nous les recevrons.

Mme Peters : Merci beaucoup.

La présidente suppléante : Sénateurs, pour la forme, la séance est levée.

La séance est levée.

Wednesday, May 11, 2005 (morning session)

New Brunswick Department of Health and Wellness:

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services.

Options Outreach Employment Inc.:

Karen MacFarlane, Manager/Employment Counsellor

As individuals:

Monette Boudreau;

Édouardine Boudreau.

Our Voice/Notre Voix:

Eugène Leblanc, Publisher and Editor.

Wednesday, May 11, 2005 (afternoon session)

Shepody Healing Centre:

Bernard Galarneau, Psychologist, Political Director.

New Brunswick Health and Wellness:

France Daigle, Provincial Coordinator, Suicide Prevention Program.

Psychiatric Patient Advocate Services:

Brenda McPherson, Provincial Coordinator.

Canadian Mental Health Association, New Brunswick Division:

Armand Savoie, President.

National Network for Mental Health:

Constance McKnight, National Executive Director.

Victoria Order of Nurses (VON):

Judith Shamian, President and CEO.

As walk-ons:

Chief Susan Levy-Peters;

Charles Leblanc.

Le mercredi 11 mai 2005 (séance de l'avant-midi)

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale.

Options Outreach Employment Inc. :

Karen MacFarlane, gestionnaire/conseillère en emploi.

À titre personnel :

Monette Boudreau;

Édouardine Boudreau.

Our Voice/Notre Voix :

Eugène Leblanc, éditeur et rédacteur en chef.

Le mercredi 11 mai 2005 (séance de l'après-midi)

Centre de rétablissement Shepody :

Bernard Galarneau, psychologue et directeur des politiques.

Ministère de la santé et du Mieux-être du Nouveau Brunswick :

France Daigle, coordonnatrice provinciale, Programme de prévention du suicide.

Service de défense des droits des malades mentaux :

Brenda McPherson, coordonnatrice provinciale.

Association canadienne pour la santé mentale, division du Nouveau Brunswick :

Armand Savoie, président.

Réseau national pour la santé mentale :

Constance McKnight, directrice exécutive nationale.

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada :

Judith Shamian, présidente-directrice générale.

Tribune ouverte :

Chef Susan Levy-Peters;

Charles Leblanc.

Capital District Health Authority:

Stephen Ayr, Director of Research.

The Empowerment Connection:

Jean-Pierre Galipeault, Owner.

Mental Health Services, South Shore, DHA:

Doug Crossman, Manager.

Dalhousie University:

Dr. Aidan Stokes, Acting Head, Department of Psychiatry.

Department of Health of Nova Scotia, Mental Health Services Branch:

Linda Smith, Acting Executive director, Children's Mental Health Services and Addictions Treatment;

John Campbell, Director of Adult Mental Health Services.

Tuesday, May 10, 2005 (morning session)

Dalhousie University:

Archibald Kaiser, Professor, Faculty of Law, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

Halifax Regional Police:

Christopher McNeil, Deputy Chief.

Commission for Public Complaints against the RCMP:

Shirley Heafey, Chair.

Office of the Ombudsman:

Dwight Bishop, Ombudsman.

Christine Brennan, Supervisor of Youth and Senior services.

The Self Help Connection:

Dr. Linda Bayers, Executive Director.

IWK Health Centre:

Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate.

Tuesday, May 10, 2005 (afternoon session)

Alzheimer Society, Nova Scotia :

Menna MacIssac, Director, Program and Operations.

Dalhousie University:

Dr. Patrick McGrath, Canada Research Chair in Pediatric Pain.

IWK Health Centre:

Susan Mercer, Acting Vice-President, Child and Adolescent Mental Health Program;

Dr. Herb Orlik, Clinical Director, Chief of Psychiatry;

Dr. Wade Juneke, Consulting Psychiatrist, Day Treatment Services.

(Continued on previous page)

Capital District Health Authority:

Stephen Ayr, directeur de la recherche.

The Empowerment Connection :

Jean-Pierre Galipeault, propriétaire.

Services de santé mentale, South Shore DHA :

Doug Crossman, gestionnaire.

Université Dalhousie :

Le docteur Aidan Stokes, chef intérimaire, département de psychiatrie.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Direction générale des services de santé mentale :

Linda Smith, directrice exécutive intérimaire, Services de santé mentale des enfants et traitement de la toxicomanie;

John Campbell, directeur, Services de santé mentale pour adultes.

Le mardi 10 mai 2005 (séance du matin)

Université Dalhousie :

Archibald Kaiser, professeur, Faculté de droit, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

Police régionale d'Halifax :

Christopher McNeil, chef adjoint.

Commission des plaintes du public contre la GRC :

Shirley Heafey, présidente.

Bureau de l'ombudsman de la Nouvelle-Écosse :

Dwight Bishop, ombudsman;

Christine Brennan, superviseure, Services pour les jeunes et les personnes âgées.

The Self Help Connection:

La docteure Linda Bayers, directrice exécutive.

Centre de santé IWK :

Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale.

Le mardi 10 mai 2005 (séance de l'après-midi)

Société Alzheimer, Nouvelle-Écosse :

Menna MacIssac, directrice, Programme et opérations.

Université Dalhousie :

Le docteur Patrick McGrath, Chaire de recherche du Canada sur la douleur chez l'enfant.

Centre de santé IWK :

Susan Mercer, vice-présidente intérimaire, Programme en santé mentale pour les enfants et les adolescents;

Le docteur Herb Orlik, directeur clinique, chef de psychiatrie :

Le docteur Wade Juneke, psychiatre consultant, Services de traitement de jour.

(Suite à la page précédente)



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

APPEARING

Wednesday, May 11, 2005 (morning session)

The Honourable Elvy Robichaud, Minister of Health and Wellness,
New Brunswick.

WITNESSES

Monday, May 9, 2005 (morning session)

As Individuals

George MacDonald;
Susan Kilbridge Roper;
Roy Muise;
Sheila Hayes Wallace;
Jan House;
Joyce Taylor;
Sheila Morrison.

Monday, May 9, 2005 (afternoon session)

Connections Clubhouse:

Nancy Beck, Director.

Survivors of Suicide Support Group (SOS):

George Tomie, Facilitator of the SOS Support Group and family
member of a mental health consumer.

Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division:

Carole Tooton, Executive Director.

(Continued on previous page)

COMPARAÎT

Le mercredi 11 mai 2005 (séance du matin)

L'honorable Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être
Nouveau Brunswick.

TÉMOINS

Le lundi 9 mai 2005 (séance du matin)

À titre personnel :

George MacDonald ;
Susan Kilbridge Roper;
Roy Muise;
Sheila Hayes Wallace;
Jan House;
Joyce Taylor;
Sheila Morrison.

Le lundi 9 mai 2005 (séance de l'après-midi)

Connections Clubhouse :

Nancy Beck, directrice.

Survivors of Suicide Support Group (SOS) :

George Tomie, animateur du groupe de soutien SOS et membre
la famille d'un bénéficiaire de soins de santé mentale.

Association canadienne de la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse :

Carole Tooton, directrice exécutive.

(Suite à la page précédente)

